

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

614

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Georges RALLU

Né le 9 Juin 1910, à Saint-Aignan-de-Couptrain (Mayenne)

LES PSYCHOSES ALCOOLIQUES
ET LEURS FACTEURS
ÉCONOMIQUES ET SOCIAUX

Président : HENRI CLAUDE, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Georges RALLU

Né le 9 Juin 1910, à Saint-Aignan-de-Couptrain (Mayenne)

LES PSYCHOSES ALCOOLIQUES
ET LEURS FACTEURS
ÉCONOMIQUES ET SOCIAUX

Président : HENRI CLAUDE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1938

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) .	Pathologie médicale.
BERNARD (Étienne)	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.) ..	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ...	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET.	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.

MM.

LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL ...	Obstétrique.
LAROCHE (Guy) .	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{me} J. LÉVY	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI .	Neurologie et Psychiatrie
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIÈVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHEL	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER...	Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS...	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ.....	
BRULÉ		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY - RADOT			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

Professeur de Clinique des maladies mentales
Membre de l'académie de Médecine

*Hommage et reconnais-
sance pour l'honneur qu'il
nous a fait en acceptant
la présidence de cette thèse.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ROGUES DE FURSAC

Ancien médecin-chef de l'asile de Villejuif

*Qui nous dirigez dès nos
premières années d'inter-
nat, en témoignage de notre
reconnaissance et de notre
respectueuse affection.*

A NOS MAÎTRES DE L'INFIRMERIE SPÉCIALE
DES ALIÉNÉS (1936-1937)

MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES HEUYER

Médecin des Hôpitaux
Médecin-chef adjoint de l'Infirmerie Spéciale

*Pour la très grande bien-
veillance qu'il n'a cessé de
nous montrer, en témoi-
gnage de notre admiration
et de notre reconnaissance.*

MONSIEUR LE DOCTEUR J. LOGRE

Médecin en chef de l'infirmerie spéciale des aliénés
près la Préfecture de Police

*Auprès de qui nous
avons toujours trouvé le
plus parfait accueil. En
hommage de respectueux et
sincère dévouement.*

MONSIEUR LE DOCTEUR B. BROUSSEAU

Médecin-chef de l'asile de Villejuif

*En témoignage de notre
profond respect et de notre
vive reconnaissance.*

En hommage de gratitude, à tous ceux qui nous ont enseigné et nous ont toujours montré tant de bienveillance.

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR N. FIESSINGER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIÈRE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ABRAMI.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉVY-SOLAL

A MONSIEUR LE DOCTEUR XAVIER ABELY

Médecin-chef à l'asile Sainte-Anne

A MONSIEUR LE MÉDECIN-LIEUTENANT-COLONEL
POMMÉ

Professeur au Val-de-Grâce

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PIEDELIÈVRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI EY

Médecin-chef de l'asile de Bonneval

Hommage de gratitude.

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE DROIT

*Leur enseignement fut
pour nous un guide pré-
cieux au cours de ce tra-
vail.*

*En témoignage de notre
profonde reconnaissance.*

INTRODUCTION

L'alcool crée la folie. Il est bien regrettable de constater que les hommes ont trouvé là un moyen, non seulement de nuire à eux-mêmes, mais encore de jeter le trouble dans la société.

Le professeur CLAUDE, sur un graphique rapporté dans le cours d'anti-alcoolisme du docteur ROUBINOVITCH, a montré les rapports entre les progrès de la consommation d'alcool, d'une part, et les cas de folies, de suicides, de morts accidentelles, d'autre part, révélant ainsi le cortège des regrettables incidents qui accompagnent ces intoxications.

Les troubles psychiques restent, cependant, les plus importants. Ce qui domine leur étiologie est sans conteste, le facteur individuel, les prédisposés étant les hépatiques, les brightiques, les artérioscléreux, les névropathes, les descendants d'alcooliques ; interviennent aussi la profession de l'individu et la nature des boissons consommées. Les troubles psychiques eux-mêmes peuvent s'observer dans l'intoxication aiguë ou l'intoxication chronique, avec plus de fréquence au cours de cette dernière. Les formes cliniques principales sous lesquelles ils se pré-

sentent, l'ivresse, la psychose alcoolique aiguë, la psychose alcoolique chronique, la démence alcoolique, seront passées successivement en revue.

L'ivresse. — On distingue classiquement 3 périodes :

Une première d'excitation, avec des tendances expansives, tantôt gaies, tantôt tristes, une certaine anesthésie morale, le buveur ne s'étonne de rien ; une deuxième ébrieuse, avec perturbation de l'intelligence, idées confuses, quelquefois impulsions ; enfin, une troisième phase comateuse.

On a distingué dans l'ivresse des formes simples, convulsives, amnésiques, délirantes.

La psychose alcoolique aiguë. — Elle présente une intensité à 3 degrés : accès subaigus, puis aigus, enfin, subaigus. Elle se manifeste sous forme de délire onirique sur un fond plus ou moins marqué de confusion mentale, précédé, en général, d'une altération du sommeil ; ce n'est qu'un rêve éveillé, rêve d'action où les hallucinations de la vue jouent le principal rôle ; elles révèlent, d'ordinaire, un caractère terrifiant. Les hallucinations auditives se réduisent, en général, à des impressions plus confuses, des phrases interjectives. Le délire est généralement sans cohésion mais peut cependant avoir un thème plus cohérent, fait surtout d'idées de persécution, de jalousie, d'auto-accusation ; les idées délirantes peuvent, parfois, subsister à titre d'idées fixes post-oniriques. A côté de ces manifestations psychiques,

on retrouve les symptômes habituels de l'alcoolisme : céphalées, tremblements généralisés, crampes, fourmillements, troubles dyspeptiques, analgésie, hyperesthésie, accidents convulsifs, hystérioriformes et épileptiformes.

Dans la *forme aiguë*, ces symptômes se retrouvent amplifiés ; le délire roule plus souvent sur des idées hypocondriaques, les tendances au suicide sont plus fréquentes et s'accompagnent de sueurs profuses avec accélération du pouls.

La forme *subaiguë* est constituée par un état de stupeur avec prostration des plus profondes, d'où le malade ne sort que pour faire des tentatives de suicide ; parfois, l'agitation est extrême, offrant tous les caractères du délire aigu.

Les psychoses chroniques. — Elles sont, le plus souvent, constituées de la guérison incomplète des accès aigus ; parfois, elles en gardent, atténués, les principaux caractères. D'autres fois, chez les prédisposés vésaniques, il se greffe un délire systématisé de persécution, avec prédominance de jalousie et d'hallucination de la vue.

La démence alcoolique. — Elle constitue la phase terminale de l'intoxication prolongée : elle s'accompagne d'une déchéance progressive de l'individu tant au point de vue psychique que physique ; on constate une diminution progressive de la mémoire,

des facultés, pertes des sentiments et des affections. Elle conduit au gâtisme et au marasme.

Tels sont les divers aspects de l'intoxication éthylique, mais il convient d'insister, à côté des cas classiques, sur les formes plus particulières : c'est ainsi que le Docteur HEUYER a mis en évidence la valeur des états aigus qui s'accompagnent d'un ralentissement du pouls. Il est curieux de constater, dans ces formes, la prédominance des hallucinations auditives et leur évolution vers une psychose, type psychose hallucinatoire chronique, avec automatisme mental. Il nous a été donné d'observer à l'infirmerie spéciale un assez grand nombre de malades de cet ordre et l'importance d'un pronostic sévère se trouvait confirmée le plus souvent dans la suite. Qu'on nous permette de rappeler quelques observations assez typiques à ce sujet :

OBSERVATION I. — Octave S., chômeur, 35 ans, interné le 7 décembre 1937 avec le certificat suivant :

Alcoolisme chronique, légère confusion, obtusion, orientation difficile et imparfaite, onirisme et interprétation : agression à main armée de la part d'un individu, son voisin, qui le poursuit depuis 3 ou 4 jours, hallucinations auditives, importantes et continues, menaces de mort : « donne ton pognon ou je te descends, je te brûle la g... » présentation spontanée au commissariat pour demander protection, aveu d'un litre de vin par jour.

Pouls ralenti : 60.

Signé : Dr Heuyer.

OBSERVATION II. — Gabriel W., tourneur, 34 ans, in-

terné une première fois le 24 octobre 1936 avec le certificat suivant :

Alcoolisme chronique avec accidents délirants subaigus ivresses fréquentes, onirisme hallucinatoire, désordre des actes, a fait tuer son chien malgré qu'il ne soit pas malade ; « c'est plus fort que lui », une voix le lui disait. Il a vu des étincelles et la voix lui a donné l'ordre de tuer sous prétexte qu'il était plein de radium.

Visions de fantômes et de spectres ; hallucinations auditives nombreuses « on te fera louer ton travail, on te mettra à la porte, on va te tuer, tu vas mourir ». Anxiété, insomnie, idées de suicide ; velléité de se détruire par le revolver.

Signé : D^r Dupouy.

(L'intensité des hallucinations auditives notées dans le certificat ne s'accompagne malheureusement pas de note sur le ralentissement du pouls, que nous allons trouver dans les 2 certificats suivants).

Réinterné le 4 février 1937 pour :

Alcoolisme chronique, idées délirantes de persécution, hallucinations, reçoit des ondes électriques comme un chatouillement, douleur dans la tête (gaz), odeur indéfinissable qui vient par le plafond, voix, entend des propos « on t'aura ». Il a l'impression « qu'on le gêne », troubles du caractère et de la conduite ; frappait à coups de marteau sur un radiateur ; a malmené son frère infirme qui voulait s'y opposer, d'où envoi à l'infirmerie spéciale, aurait parlé d'acheter un revolver, réponses difficiles souvent évasives, détourne la tête, regard atone, peut-être réticence, tremblements de la langue qui est saburrale, réflexes tendineux vifs.

Pouls lent : 62.

Signé : D^r Logres.

Le malade est réinterné le 5 mai 1938 pour :

État confusionnel, orientation imparfaite, obnubilations, torpeurs, parole lente, indifférence. Signalé comme dangereux par ses voisins et son entourage, déjà interné en 1935 et en 1937 pour alcoolisme chronique ; aurait été mis en observation à la Pitié comme suspect de tumeur cérébrale, peu de signes d'imprégnation éthylique, seulement, un léger tremblement lingual.

Pouls : 72.

Signé : D^r Heuyer.

Une dernière observation, peut-être la plus typique à ce sujet.

OBSERVATION III. — Jean-François U., garçon d'hôtel, 59 ans, interné une première fois le 31 janvier 1931 pour alcoolisme chronique, état aigu, onirisme anxieux, fuite, fabulation, voix fabulatrices, réfugié au poste, réveillé par des gens en train de l'étrangler, s'était enfui par la fenêtre, au poste, a entendu dire que le concierge a été tué et que sa femme était morte de peur, actuellement oublis, alternant avec rectification, n'a pas tenu tel propos, avait un cauchemar, légère euphorie. Excès de vins et surtout d'apéritifs.

Pouls : 68.

Signé : D^r de Clérambault.

Ce malade revient le 26 novembre 1937, pour :

Une psychose hallucinatoire chronique. Automatisme mental. Hallucinations auditives, injures, obscénités, énoncé des actes. Prises et échos de la pensée, il est « un poste d'écoute », entend les voix de Bretagne, thème surtout obscène. Accusation contre ses mœurs, entend toujours parler de pédé-

rastie, d'homosexualité entre hommes ou entre femmes, désignations de prostituées qui habitent l'hôtel California. Adjonction de vagues histoires d'espionnage. Lettres aux autorités, relations quotidiennes de conversations qu'il entend, alcoolisme chronique, couperose, tremblements digital et lingual.

Pouls : 64.

Signe : Dr Heuyer.

Ces remarques étant faites, il convient encore de signaler la psychose de KORSAKOFF, avec sa polynévrite, la fabulation qui l'accompagne, son amnésie de fixation. Une forme particulière a été signalée par des médecins américains ; celle qui s'accompagne d'abolition des réflexes aux quatre membres, de suppression du tremblement, d'une respiration et d'un pouls irréguliers, signes d'une névrite du pneumogastrique : c'est une forme entraînant le plus souvent la mort à bref délai.

On n'a peut-être pas assez insisté sur la mentalité de l'alcoolique. Il est toujours effroyablement menteur, il se présente comme un malheureux persécuté, avec des aspects et des attitudes d'innocent. Il est, en outre, de manière presque constante, particulièrement paresseux, ce qui ne peut être négligé lorsqu'il s'agit de le traiter.

Les troubles du caractère peuvent, d'ailleurs, constituer le trait dominant de la pathologie de l'éthylitique. Qu'il nous soit permis, à titre d'exemple, de rappeler l'observation du malade L..., âgé de 43 ans, lors de son passage à l'infirmérie spéciale. Une

enquête de police rapportait les faits suivants : Depuis 2 ou 3 ans, le malade « ne mangeait plus », il passait ses nuits à parler seul, injuriait sa femme, la menaçait, se livrait à des violences sur elle et sur ses enfants. « Dès qu'il boit, il est fou furieux et secoué de tressaillement nerveux », déclare sa femme. Une voisine raconte qu'ayant entendu des cris, elle a ouvert la porte. Elle a alors aperçu le sieur L..., qui frappait son enfant âgé de 5 ans, allongé par terre. Elle aurait voulu prendre l'enfant pour le soustraire aux brutalités du père, mais celui-ci saisit un couteau de cuisine avec lequel il voulut la frapper. Une autre voisine raconte qu'il se livre journellement à des violences sur sa femme et son enfant et qu'à 2 reprises différentes, « il a baissé son pantalon devant des enfants pour faire ses besoins ».

Il est conduit le 18 décembre 1936 à l'Infirmierie spéciale où est fait le certificat suivant :

Alcoolique chronique, troubles graves du caractère, bourreau familial, brute alcoolique, impulsivité coléreuse. Violences contre sa femme et ses enfants, propos obscènes tenus en présence de ceux-ci ; ivresse furieuse au cours de laquelle il a tenté de donner un coup de couteau à une voisine qui venait, a-t-elle dit, protéger l'enfant contre les brutalités du père. Paresse, chômage chronique. Vie réglée par les dates d'échéance de l'allocation de chômage. Boit son chômage. Négligence des soins donnés aux enfants. A l'infirmierie, calme et lucidité, pas de confusion, pas de délire, pas de signes neurologiques, signes peu marqués d'impregnation. Mange et dort bien. Conscience de sa situation, attitude d'abord ironique et méfiante. Dénégation.

Mauvaise foi et mendicité au maximum, attitude contradictoire de la femme qui, débile terrorisée en présence de son mari, avoue d'abord les violences auxquelles celui-ci se livre sur elle-même et les enfants, puis se refuse à porter plainte, et finit par réclamer son mari. Peut sortir, à signaler **pour** surveillance au commissaire du quartier en vue de **mesures** éventuelles de protection à prendre à l'égard des enfants.

Signé : D^r Heuyer.

Il nous reste à signaler l'importance de l'imprégnation alcoolique qui fait apparaître chez l'individu normal les troubles du caractère et les instincts ordinairement refoulés. Ils surviennent parfois brutalement, de façon épisodique au cours de l'ivresse, et sont cause de bien des regrets dans la suite.

Ayant ainsi dégagé rapidement les aspects pathologiques que crée l'alcoolisme, il nous reste à signaler qu'au point de vue anatomie pathologique, on trouve de l'athérome, de la dégénérescence graisseuse des vaisseaux, de la pachyméningite hémorragique avec épaississement des méninges, épanchement de sérosité, lésions marquées, surtout dans le territoire de l'artère sylvienne, à gauche. Pierre MARIE et RICHE ont pu mettre, en outre, en évidence, l'existence de vacuoles dans la cellule nerveuse.

Mais ce sont surtout les troubles humoraux qui ont été étudiés ces dernières années ; on y a recherché des tests, à la fois cliniques, pour confirmer l'intoxication chronique, et de guérison. Les résultats, bien que manquant d'absolue netteté, n'en sont pas moins

intéressants, et au XLI Congrès des Aliénistes et Neurologistes, on rapporte une contribution à l'étude biologique des délires alcooliques, où le Docteur BARGUE note que le liquide céphalo-rachidien (WIDAL, SICARD, RAVAUT, CLAUDE, TARGOWLA, LAMACHE, M^{lle} TRUCHE) présente, le plus souvent, de la peptorachie avec augmentation de l'indice de désamination. Il rappelle le parallélisme mis en évidence par RÉGIS entre la courbe délirante et la courbe urinaire ; une légère albuminurie se manifeste fréquemment, souvent de la glycosurie, l'urobilinurie restant constante. La glycémie est, ici, de première importance, car elle semble déceler le terrain d'alcoolisme chronique et servir au pronostic (LAIGNEL-LAVASTINE). De même, on trouve des azotémies relativement légères en cours d'accès, l'alcool étant indosable au cours du délire.

De ces remarques, cet auteur conclut que les accès ne sont vraiment que l'exagération du terrain de l'intoxication chronique où le syndrome d'insuffisance hépatique joue un rôle important, de même que les infections latentes.

Ces études ont été complétées récemment par un important travail de E. LE BRETON, fait à l'Institut de Physiologie de la Faculté de Médecine de Strasbourg, sur l'étude physiologique du sort de l'alcool éthylique dans l'organisme. Ce travail a mis en évidence un certain nombre de faits qui seraient entièrement nouveaux. Il a montré l'importance, dans le métabolisme de l'alcool, de la race animale en expé-

rience, l'importance de l'âge du sujet, de la dose, du régime alimentaire. Il a démontré, sans aucune ambiguïté, que l'animal, fournissant du travail musculaire double ou triple, la vitesse d'oxydation reste rigoureusement la même. L'alcool est donc inutilisable totalement en vue de l'accomplissement du travail musculaire ; il en est de même dans la lutte contre le refroidissement ; c'est le seul corps qui ne puisse servir à la thermogénèse et au réchauffement. Ces 2 derniers faits sont d'une importance capitale puisqu'ils sont la réfutation scientifique d'idées répandues dans le public et partagées par de nombreux médecins, à savoir que les travailleurs manuels ou les habitants des pays froids peuvent consommer plus d'alcool puisqu'ils brûlent davantage : l'alcool n'est pas un aliment de travail, non plus qu'un aliment de réchauffement : la sensation de bien-être qu'il crée ne serait due qu'à une vaso-dilatation périphérique.

Les conclusions sont faciles : L'alcool est une cause importante de phénomènes pathologiques graves, puisqu'ils atteignent les facultés supérieures, le psychisme. Il est, en outre, le plus mauvais des aliments ; ce n'est qu'un créateur d'illusions, mais il semble bien que ce titre seul suffit pour que les hommes y portent un grand intérêt.

NOTRE BUT

L'alcoolisme constitue un important fléau social qui a été l'objet de nombreuses études. Presque toutes celles-ci ont envisagé les méfaits, les troubles pathologiques qu'il provoque et les remèdes proposés à son sujet ; tous signalent comme causes favorisant l'intoxication, divers éléments économiques et sociaux tels que le chômage, le surmenage, la misère, mais ne donnent, à ce sujet, aucune explication : en réalité, il semble que peu d'études aient été faites pour rechercher de façon systématique le parallélisme possible entre divers facteurs sociaux et économiques, et les variations du nombre des intoxiqués.

Il nous a paru utile de chercher des nombres et des faits qui nous permettent de mettre en évidence les divers rapports de cause à effet entre ces facteurs. Nous nous sommes attachés, dans ce travail, plus particulièrement aux « folies alcooliques » car elles constituent, par excellence, « l'état antisocial » de ce genre d'intoxiqués, et ce sont elles qui nécessitent, de la part de la société, des mesures de défense curatives ou préventives. Un choix de moyens efficaces ne pourra être envisagé par les pouvoirs publics que

dans la mesure où l'on aura connaissance des causes de cet état, et c'est au psychiatre que l'on va s'adresser, connaissant son souci de la prévention. Nous lui demanderons ce qu'il conseillerait à la lumière des faits connus de lui ; toutefois, il ne pourra nous donner une utile réponse que si elle s'appuie sur des résultats précis, c'est ce qui justifie notre travail.

Nous aurons recours à la statistique, ce qui, au sujet de l'alcoolisme, ne constitue pas une nouveauté ; nous ne faisons, en effet, qu'imiter, en cela, les docteurs MAGNAN (alcoolisme et dégénérescence), de CLÉRAMBAULT, Jacques BERTILLON... et plus récemment, dans *Le Progrès Médical* du 8 juin 1935, le Pr Ch. LADAMME, de Genève ; tous ces auteurs eurent recours à la statistique pour montrer l'accroissement ou la diminution du nombre des folies alcooliques, la proportion des formes cliniques ou leurs variations suivant les sexes. Ces méthodes, vivement critiquées autrefois, sont de moins en moins contestées ; elles ont fourni des résultats si encourageants que l'on voit actuellement, dans tous les pays du monde, s'établir et s'organiser de remarquables centres d'études statistiques dont le but essentiel est précisément de rechercher les liens entre les phénomènes. Ce genre de travail se trouve, d'ailleurs, facilité par la vie moderne : Les résultats obtenus sur un petit nombre d'années auront déjà un sens, étant donnée la rapidité actuelle des bouleversements sociaux ; tandis qu'autrefois, il aurait fallu, pour observer des changements marquants, s'étendre

sur plus de cent ans, il nous suffira, aujourd'hui, d'un quart de siècle pour prouver les mêmes choses.

En France, il existe depuis de nombreuses années, des centres statistiques de cet ordre, mais c'est depuis dix ans qu'ils s'aménagent avec plus de méthode, leur nombre en restant, cependant, limité ; ils intéressent, surtout, les études relatives au commerce, aux douanes, aux échanges, aux recensements. Nous aurons recours à leur activité, et plus particulièrement, à celle du « Centre de la statistique générale de la France » pour connaître les variations des éléments économiques et sociaux. Les méthodes utilisées étant multiples, nous avons dû en référer, en outre, à différents auteurs, tels les Professeurs RIST et NOGARO, de la Faculté de Droit. Nous avons alors pu constater la remarquable correspondance de leurs résultats, rendant ainsi plus solides les bases de notre travail.

Quant à la partie médicale se rapportant aux variations du nombre des « folies alcooliques », nous avons dû constituer, nous-même, notre statistique, comme nous l'exposerons ultérieurement.

Ces remarques étant faites, nous nous attachons, par la suite, à montrer, avec le plus de précision possible, les liens que nous avons notés et nous proposerons les remèdes qu'il est permis d'envisager à la lumière de ces résultats.

STATISTIQUES

Pour étudier les variations du nombre des « folies alcooliques » au cours de ces dernières années, nous avons cru pouvoir opérer de la façon suivante, imitant en cela les travaux déjà effectués par le docteur de CLÉRAMBAULT, à l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police : nous nous sommes adressés au même établissement, considérant qu'il réalisait le lieu de convergence, par excellence, des malades atteints de folies éthyliques ; ces derniers étant recueillis dans la masse sensiblement constante de la population parisienne, les variations de leur quotité traduisent donc pratiquement les modifications du taux de cette pathologie.

Rappelons qu'il s'agit là de statistiques et que l'on pourrait nous reprocher l'arbitraire apparent de ces données, mais pour notre justification, signalons, une fois de plus, combien ces méthodes sont utilisées aujourd'hui et fournissent de remarquables résultats, tels les travaux du Comité de Havard qui, pendant près de 30 ans, put prévoir l'économie mondiale.

Au cours de nos recherches, nous avons été frappés

par la régularité des variations des nombres trouvés ; ils suivent, année par année, un rythme déterminé, sans modification brusque qui puisse faire penser à à la fantaisie ou au hasard.

Nous exposerons, tout d'abord, les résultats fournis par notre statistique ; nous les ferons suivre des remarques que nous avons pu formuler au cours de sa réalisation. Nous l'avons constituée comme celle du Docteur DE CLÉRAMBAULT auquel nous empruntons quelques documents, avec l'aide des registres d'entrée et de sortie des malades ; ces registres comportent, en face des noms, le diagnostic formulé par le médecin ; nous avons rapporté tous les cas de folie dont l'élément essentiel, fondamental, était l'alcool, que la forme en soit aiguë, subaiguë ou chronique ; nous avons additionné mensuellement le nombre de ces malades, distinguant les hommes et les femmes. Nous avons ensuite totalisé les cas constatés au cours de chaque année. Nous obtenons ainsi le tableau de la page suivante.

Dans les statistiques considérées, on pourrait craindre qu'à la période de guerre, le nombre des individus présents à la métropole soit particulièrement diminué, ainsi qu'à d'autres périodes le nombre des malades du fait de leur dérivation vers d'autres hôpitaux (Henri-Rousselle), mais dans la suite, nous verrons que ce qui importe pour notre étude c'est bien plus le sens de ces variations que les nombres absolus qui les représentent. Ainsi constituées, ces statistiques nous permettent de cons-

truire une courbe que l'on pourra comparer avec celles de facteurs économiques ou sociaux déterminés.

Nombre d'alcooliques de 1912 à 1937
Nombre de malades reçus à l'Infirmerie spéciale

Années	Alcooliques	Malades	Années	Alcooliques	Malades
1212	635	2339	1925	454	1877
1913	659	2245	1926	423	1800
1914	439	2189	1927	287	1561
1915	355	2084	1928	307	1518
1916	274	1900	1929	397	1568
1917	231	1704	1930	454	1740
1918	161	1634	1931	396	1701
1919	260	1752	1932	400	1757
1920	317	1927	1933	376	1614
1921	385	1889	1934	384	1645
1922	388	1879	1935	421	1761
1923	519	2066	1936	494	1821
1924	461	2052	1937	517	2019

Cette courbe nous permettra de voir que le nombre de ces malades, fort important en 1912 et 1913, est tombé de manière continue jusqu'en 1918, pour s'élever ensuite jusqu'en 1923, formant cependant, au cours des années 1921 et 1922, un palier horizontal. Il redécroît ensuite jusqu'en 1927 puis remonte de 1927 à 1930 pour, enfin, crître progressivement après une légère chute. En somme, cette période de 1911 à 1937, représentant plus d'un quart de siècle, est caractérisée par 3 chutes successives d'intensités décroissantes séparées par des périodes croissantes plus accentuées, ce qui fait que si l'on

établissait, suivant un procédé cher aux statisticiens, une courbe moyenne de ces fluctuations, on la verrait constamment croissante. Cette manière de faire ne manque pas d'intérêt : elle permet d'éviter les fluctuations saisonnières ou annuelles et de révéler les mouvements dits cycliques qui s'accomplissent dans le cadre de quelques années.

Plus accessoirement, nous envisagerons maintenant le nombre des malades alcooliques, par rapport au nombre total des malades entrés dans l'établissement, c'est-à-dire pour chaque année, le pourcentage des malades dont l'affection est due à l'alcoolisme par rapport aux autres cas pathologiques. Nous passerons sous silence les calculs simples qui nous permettent d'établir le tableau suivant :

Années	Rapports	Années	Rapports
1912	27 %	1925	24 %
1913	29 %	1926	23 %
1914	20 %	1927	18 %
1915	17 %	1928	20 %
1916	14 %	1929	25 %
1917	13 %	1930	26 %
1918	10 %	1931	23 %
1919	14,8 %	1932	22 %
1920	16,5 %	1933	23 %
1921	20 %	1934	23 %
1922	20 %	1935	23 %
1923	20 %	1936	27 %
1924	22 %	1937	28 %

Nous aurons alors la surprise de constater que le pourcentage des alcooliques croît, comme leur nombre

absolu ; plus exactement, que tout se passe comme si le nombre des malades annuellement reçus était sensiblement fixe ; tandis que l'alcoolisme obéissant à des facteurs propres et indépendants, les années où son taux est élevé, leur pourcentage l'est aussi et inversement. Si avec les nombres obtenus, nous tracions une courbe de ces variations de la proportion, elle se montrerait semblable à celle du nombre absolu des éthyliques. On peut noter une seule discordance dont nous trouverons la signification plus tard : un maximum en 1925 qui semble décalé puisqu'il répond à l'année 1923 sur la courbe du nombre des malades. Il pouvait sembler intéressant aussi d'étudier les variations mensuelles et saisonnières du nombre des alcooliques, comme l'avait fait le docteur DE CLÉRAMBAULT : Pour ce faire, nous avons additionné leur nombre pendant tous les mois de janvier, puis pendant tous les mois de février, etc... de toutes les années considérées, puis, nous avons divisé par le nombre d'années, ramenant ainsi la moyenne à un mois. On obtient les résultats suivants :

Mois	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet
Moyenne	32,11	28,73	31,45	31,53	38,34	39,23	40,30

Mois	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Moyenne	35,23	34,26	33,26	26,57	28,80

Les variations de ces nombres montrent deux maxima, l'un, répondant au début de juillet, important, l'autre, au 1^{er} janvier, plus faible ; de même,

2 périodes minima, février et novembre. Enfin, signalons 2 petites poussées qui se détachent : un accroissement plus accentué, en mars, à la reprise après la chute de février, et en octobre, avant la chute de novembre. Les mêmes recherches étant faites, en prenant seulement certaines tranches annuelles, ont toujours donné des résultats concordants. Nous avons noté, de plus, au cours de la constitution de notre statistique, un afflux de malades par groupes de 8 ou 10, le même jour, rarement des cas isolés. Peut-être existe-t-il un facteur climatique qui favorise simultanément l'apparition de la pathologie chez un certain nombre de prédisposés, peut-être est-ce là simplement le fait du hasard, néanmoins, la régularité du phénomène le rend pour le moins surprenant.

FACTEURS ÉCONOMIQUES ET SOCIAUX

Ces statistiques étant faites, nous pouvons constater que l'alcoolisme s'est accru au cours de ces dernières années. Cet accroissement, bien qu'ayant été autrefois dépassé à plusieurs reprises, a ému certains auteurs qui ont cru devoir mettre en cause plus particulièrement des facteurs sociaux actuels, et avant tout, le chômage. Certes, l'hypothèse en était séduisante : manque ou réduction de travail avec maintien de l'ouverture des débits de boissons, (ceux-ci, à l'encontre des autres établissements économiques, n'étant pas soumis à la fermeture hebdomadaire). Cette opinion venait à l'esprit de bien des médecins et au cours de nos statistiques faites à l'Infirmerie Spéciale, semblait se confirmer ; ce n'est qu'en fin d'année 1937, que, brusquement, on constatait un fléchissement de la courbe ne se justifiant aucunement par ce facteur : il est, en effet, dans l'ordre économique que celui-ci s'accroît toujours en hiver.

Toutefois, partant avec nos maîtres de l'idée que le chômage pourrait être une cause importante d'accroissement de l'intoxication alcoolique, nous

avons effectué des recherches d'ordre social. Nous avons dû les pousser au delà de notre première intention, approfondissant ainsi l'objet de notre thèse sur la recherche de ces causes.

C'est ainsi que nous avons été amenés à envisager successivement :

Le chômage ,

La production industrielle,

Les taux des salaires,

Le coût de la vie,

Les variations des prix de gros.

Il convient d'insister sur les difficultés que nous avons rencontrées au cours de la recherche d'ouvrages récents sur ces différents sujets. Si les organisations statistiques fonctionnent en certains pays depuis fort longtemps, tel aux États-Unis où le Comité de Havard et le Federal Reserve Board ont fourni depuis bien des années des renseignements et des pronostics remarquables, en France, ces méthodes nouvelles pour nous, ne sont appliquées avec une certaine précision, que depuis peu de temps. Cependant, nous verrons, par la suite, que depuis 1921, ces données statistiques sont suivies de près. Grâce à la solidarité des phénomènes économiques, il nous a été possible de remonter antérieurement pour certaines données plus importantes.

Nous exposerons nos résultats en 3 parties successives : dans la première, nous envisagerons comme facteur possible le chômage ; dans la seconde, la fatigue et le surmenage liés à la production indus-

trielle, et en dernier lieu, les variations du pouvoir d'achat des salaires, ce dernier étant évalué en tenant compte du salaire nominal du coût de la vie et des variations des prix de détail.

Il nous faut également signaler que les malades dont nous nous occupons appartiennent presque exclusivement à la classe ouvrière, ceux des classes plus aisées étant dirigés vers les maisons de santé privées.

LE CHOMAGE

Nous nous reporterons, pour ce travail, au cours de M. GIRARD sur l'économie sociale, fait à l'École des Sciences Politiques et à celui publié par l'*Activité Economique* sous la direction de M. le Professeur RIST.

Nous y voyons que la qualité de chômeur est, par définition, appliquée seulement à un travailleur qui peut et veut travailler, mais est dans l'impossibilité de le faire dans un emploi correspondant à ses aptitudes et convenances. Sont donc ainsi exclus de cette catégorie ceux qui ne peuvent pas travailler pour cause de blessures, maladies ou lock-out, et ceux qui ne veulent pas, tels les ouvriers en grève.

Quant à la statistique, elle est difficile à faire : sa valeur dépend, avant tout, de la méthode qui a présidé à son établissement, et de la nature des professions envisagées, ce qui rend parfois sa construction peu aisée. Les résultats ont été puisés à 4 sources d'information : les bureaux de placement, les résultats fournis par les patrons et offices patronaux, par les organisations ouvrières et par les assurances contre le chômage. C'est cette quatrième source

qui semble la meilleure (les enquêtes de ces divers organismes devant se rapporter à une même saison, car le chômage est toujours plus important en hiver).

En effet, bien que les chiffres des caisses de chômage ne soient pas rigoureusement exacts, leur comparaison nous permet de suivre la marche d'une crise. Le graphique s'y rapportant nous montre nettement quelle a été son évolution depuis 1926.

Une première crise de chômage a éclaté à la suite de la stabilisation du franc en 1926, le maximum en fut atteint en avril 1927 où l'on comptait 86.000 ouvriers en chômage ; en fin 1928, il retombe à zéro ; en 1929, on ne compte plus que 12.000 chômeurs, ce qui est minime. La crise actuelle est beaucoup plus grave : elle a commencé au début de 1930, s'est accentuée en mars et en août 1932. Le nombre des chômeurs était alors de 305.000. Une légère amélioration se produisit en fin de 1932, mais la courbe remonte en mars 1933 à 332.000, au 1^{er} janvier 1934, à 363.000, puis, en 1935, à 503.000 ; en 1936, elle descend à 406.000 au mois de novembre. Actuellement, le chômage augmente.

Ces nombres, nous le rappelons, reposent surtout sur les renseignements donnés par les fonds de chômage, et il faut remarquer que ceux-ci sont variables et que la courbe se ressent, évidemment, de leur plus ou moins grande libéralité. D'autre part, il faut un peu suspecter ces chiffres, en raison des faux chômeurs, des « resquilleurs » du chômage. Sur la courbe représentant ces diverses variations, si

l'on met à part la légère poussée de 1926, minime par rapport au reste, on constate essentiellement une montée en flèche en 1931, rapidement à son maximum, puis, le taux se maintient élevé jusqu'en 1937, avec une valeur maximum en 1935. Si l'on rapproche ces résultats des variations correspondantes de l'alcoolisme, on ne constate, à proprement parler, aucune concordance, même avec effet retardé. De 1925 jusqu'en 1927, c'est une chute du nombre des incidents alcooliques, puis une légère poussée en 1930-1931 ; mais à vrai dire, le taux de 1925 à 1935 se maintient sensiblement autour d'une moyenne fixe, et surtout, ne marque nullement cet accroissement formidable et brusque que subit le chômage en 1931. Puis, les alcooliques croissent vers 1936 et 1937, mais cette ascension est progressive, n'esquissant aucun plateau, comme le chômage ; loin d'exprimer une légère dépression en 1936 et 1937, elle continue de croître régulièrement. Mais il est surtout important de noter qu'aux périodes où le chômage est nul, tel en 1929 ou en 1930, l'alcoolisme peut présenter un coefficient assez important, ce qui, joint aux considérations précédentes sur les discordances et l'absence de parallélisme des variations du chômage et de l'alcoolisme, nous permettra de faire la conclusion suivante :

Si l'alcoolisme a peut-être subi un certain accroissement aux périodes de chômage maximum ou au voisinage de ces périodes, il ne semble nullement qu'il y ait entre ce second facteur et l'intoxication éthy-

lique un rapport de cause à effet : leurs variations ne sont point concordantes, cependant, il serait peut-être exagéré jusqu'à plus ample informé de dire que ce rôle est nul, mais il doit être alors de second degré et on aurait tort de le représenter comme un facteur important de ce déterminisme. On nous soutiendra volontiers que le chômeur fréquente constamment le débit de boisson : peut-être y perd-il beaucoup de temps à boire peu, ou la nature des consommations que ses moyens lui permettent est-elle moins nocive pour ses facultés psychiques.

LA PRODUCTION INDUSTRIELLE

Il peut paraître surprenant, au prime-abord, de mettre en valeur cet élément nouveau, « La production industrielle » étant donné le thème de notre travail. Cependant, si le chômage, du fait de l'oisiveté forcée qu'il procure, pouvait laisser supposer une causalité quelconque, il paraît également justifié d'associer « la production industrielle » à ces recherches. Le fait que les périodes de prospérité qui l'accompagnent sont à la fois des périodes de gain facile, pouvant entraîner une certaine dépense somptuaire et d'autre part, une phase de fatigue et de surmenage, justifient suffisamment cette orientation.

Les économistes ont montré récemment que l'accroissement de la production pouvait s'effectuer sans résorber aucunement le chômage, uniquement par l'augmentation de la production des travailleurs d'élite. De ce double point de vue, il semblerait logique que les phases de grosse production industrielle soient aussi celles où se déclanche plus particulièrement la pathologie des alcoolisés chroniques.

Nous nous reporterons, pour l'étude des varia-

tions de ce facteur, aux publications de la revue des tableaux de l'Économie Française, de M. Charles RIST, la statistique générale de la France, et au livre de M. Bertrand NOGARO, professeur de la faculté de droit « La crise économique dans le monde et en France ». Ce dernier auteur rappelle, et ceci nous intéresse particulièrement, que les alternances d'essor et de dépression qui caractérisent l'activité économique d'un pays se manifestent surtout par l'expansion et la contraction de cette production elle-même. Divers indices ont été utilisés dans différents pays pour mesurer ces fluctuations. Bien qu'élaborés par de différents procédés, ils permettent de se faire une idée assez exacte de l'évolution de l'activité industrielle d'un pays. Ainsi, pour traduire l'activité industrielle en France, nous citerons, de 1921 à 1930, un accroissement notable de la production, puis, un fléchissement jusqu'au milieu de 1935, avec un redressement passager en 1933. Notons aussi une dépression à peine perceptible en 1925, et une autre plus accentuée en 1927. Mais il convient d'insister surtout sur le mouvement ascensionnel, particulièrement marqué de 1919 à 1930 et la chute qui le suivit. Plus exactement, en prenant la base 100, en 1913 ; comme indice de la production industrielle française, celle-ci atteignant 62 en 1920 pour tomber à 55 en 1921. Elle s'est alors élevée, comme nous l'avons indiqué, de façon presque ininterrompue jusqu'à 140 en 1930, et en 1933, elle se retrouve à quelques points au-dessous de l'indice d'avant-guerre (94).

Si, pourvu de ces éléments, nous comparons ces variations avec celles de nos statistiques, nous constatons effectivement à partir de 1919 une élévation de la production industrielle et de l'alcoolisme ; de même, leurs chutes relatives en 1927 ; mais ces 2 points communs mis à part, dont l'importance ne pourrait être négligée si l'on trouvait, dans la suite, d'autres concordances, mais on ne trouve plus qu'une notable discordance : le maximum des alcooliques est en 1923, alors que celui de la production est en 1930. Un tel intervalle ne tolère pas l'hypothèse d'une incubation possible ; de plus, en 1931, se remarque une ascension de l'alcoolisme indécélable dans la production industrielle et finalement, celle-ci fléchit jusqu'en 1935, alors que depuis 2 ans, l'alcoolisme croît de nouveau.

En conclusion, il n'existe, là encore, aucun parallélisme entre la production industrielle et les variations de l'alcoolisme et cette production n'offre, pas plus que le chômage, un caractère de rapport direct avec l'éclosion des folies alcooliques, tout au plus, joue-t-elle également un rôle de second degré, rejoignant les autres aux grandes dates d'ascensions et de dépressions économiques.

LE TAUX DES SALAIRES ET LE COUT DE LA VIE

C'est ce dernier facteur que nous envisagerons : nous avons associé le taux des salaires et le coût de la vie. En effet, comme le déclare M. le Professeur GIRARD, ce qui est intéressant, ce n'est pas de rechercher la quotité pure et simple, la quotité brutale du salaire dans la monnaie légale du pays considéré : dire qu'un ouvrier gagnait 4 francs en 1810 et dire qu'il en gagne maintenant 40 ne signifie rien. Une statistique menée dans ces conditions et présentant une succession de salaires moyens exprimés en francs n'aurait aucun intérêt : on sait trop, en effet, que la consistance du franc a varié, que les francs or de germinal ne sont plus les francs or de 1928, ni les francs actuels. D'ailleurs, non seulement la consistance du franc a varié mais la consistance de l'or ou plutôt son pouvoir d'achat et c'est un élément aussi incertain que la monnaie. Par contre, ce qu'il est intéressant de connaître et d'apprécier, c'est l'importance des moyens que le salaire met à la disposition de celui qui en est le bénéficiaire, pour assurer son existence et celle de sa famille. Il y a une

solidarité étroite entre le taux du salaire et le coût de la vie et on ne pourra apprécier l'un qu'en tenant compte de l'autre.

Mais qu'est-ce que le coût de la vie ? Ce ne sont pas seulement les besoins minima du travailleur, ni même d'une famille moyenne normalement à la charge d'un salarié, c'est plutôt le coût moyen de l'existence. Sous l'influence de diverses circonstances et de l'état général des mœurs, ce coût moyen varie sans cesse ; une famille d'ouvrier plombier, une famille de bourgeois moyens, ne vivent pas comme ils auraient vécu, il y a soixante ans : c'est là la difficulté de ces enquêtes ; elles essayent de faire un rapport entre des éléments trop variables. Cependant, sur une période de quelques années, elles offrent des modifications peu importantes et les résultats obtenus n'en ont pas moins une réelle valeur.

On peut faire abstraction des modifications qui interviennent dans la façon de vivre : on peut, par exemple, rechercher ce qu'un ouvrier habitant Paris dépense, en moyenne, pour lui et sa famille, et admettre qu'il vivait de la même manière, il y a 10 ans. Comme on connaît le prix des denrées à ces différentes époques, on pourra savoir comment le budget de cette famille a évolué. L'expérience a montré, quand on prend différents budgets, que dans le même milieu social et dans le même pays, il y a quelques différences d'un budget type à un autre budget, mais cela ne varie pas beaucoup.

Ces éléments ainsi assemblés, on peut les rapprocher des évaluations des salaires obtenus pour les mêmes époques. En rapprochant l'évolution des salaires, on peut dégager, par comparaison, quelle a été l'évolution du pouvoir d'achat. On peut prendre comme base les salaires d'une année 1911, par exemple, que l'on évalue à 100. Si les salaires de l'année 1913 étaient supérieurs et représentaient 114 % de l'année 1911, nous l'exprimerons par le chiffre 114.

On compare de la même manière les coûts de l'existence type, celui de la même année 1911 caractérisé par le chiffre 100 également ; pour chaque année, il ne reste plus qu'à faire une règle de trois, sachant que le pouvoir d'achat s'exprime par le rapport du nombre relatif qui caractérise le salaire au nombre relatif qui caractérise le coût d'un genre de vie uniforme.

Telle est la base schématique des travaux d'évaluation qui ont été faits par de nombreux enquêteurs. Des questionnaires sont adressés aux maires des chefs-lieux de départements, et les conseillers de Prud'homme depuis 1896 transmettent, tous les 5 ans, des renseignements précieux ; d'autre part, un grand nombre de services publics réunissent une documentation considérable, et tout cela s'ajoute aux statistiques générales de la France.

Il est important de noter que les éléments qui servent à calculer le coût de la vie, tels : pension, logement, etc... présentent, étant les éléments fonda-

mentaux de l'existence, une certaine inertie dans la variation des prix de gros par rapport aux prix de détail infiniment plus mobiles. Il sera peut-être utile, ultérieurement, de mettre en valeur cette variation plus marquée des prix de détail ; quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins logique de comparer seulement et essentiellement ces éléments fondamentaux aux salaires : ces derniers présentent, eux aussi, une inertie égale à la hausse et à la baisse.

C'est à la « statistique générale de la France » que nous avons demandé ces précieux renseignements concernant les salaires, le coût de la vie et leur rapport. Il convient, cependant, d'insister sur plusieurs points de nos recherches.

Tout d'abord, il existe d'autres sources fournissant de semblables renseignements : ils sont tous concordants, parfois, moins précis, et surtout, remontant moins haut dans le temps. D'autre part, à partir des courbes de variation des salaires des diverses catégories d'ouvriers (courbes dont les mouvements concordent de façon suffisante), on trace une résultante qui figure le mouvement général des salaires en France.

Quant au coût de l'existence, il tient compte du prix de la pension et du logement. Enfin, et surtout, la « statistique générale de la France » ne fournit de renseignements annuels que depuis 1924 ; antérieurement, elle ne les publiait qu'une année sur 5. Il nous a donc fallu compléter ou plutôt vérifier les étapes intermédiaires ; ceci fut assez facile si l'on se

souvent que les salaires des diverses catégories d'ouvriers concordent dans leurs variations. Nous avons été assez heureux pour trouver dans la même revue les variations de salaires d'ouvriers mineurs ayant la même base et s'étageant de 1913 à 1921, période particulièrement vide de la statistique. Ils nous ont permis de vérifier que les variations de salaires étaient bien celles attendues.

Nous avons rapporté sur un tableau tous ces résultats. Ils ont pour base l'année 1911, le salaire et le coût de la vie étant évalués à 100, pour cette année, comme nous l'avons précédemment expliqué.

Dans la première colonne, nous trouverons le millésime, dans la seconde, les gains des hommes et des femmes dont la moyenne se trouve dans la troisième colonne, ensuite, le coût de la vie (pension, logement) puis, dans les cinquième et sixième colonnes, la comparaison et la proportion des salaires de mineurs permettant de vérifier les variations intermédiaires ; enfin, le pouvoir d'achat du salaire qui nous intéresse particulièrement, c'est-à-dire le rapport du nombre relatif qui caractérise le salaire, par le nombre relatif qui caractérise, la même année, le coût de la vie.

Des chiffres résultant de ce calcul, nous pouvons tirer les conclusions générales suivantes : de 1910 à 1916, les salaires ont moins augmenté que le coût de la vie. En 1921, l'équilibre est rétabli ; les prix et les salaires sont arrivés presque au même niveau, les et les autres, ayant quadruplé en valeur

absolue. De 1921 à 1926, les salaires se sont accrus plus que le coût de la vie, mais en 1916, les prix sont montés, si bien que le pouvoir d'achat a diminué depuis. Les salaires ont eux-mêmes diminué par la suite, mais le coût de la vie aussi, et à partir de 1929, il a davantage baissé, si bien que le pouvoir d'achat s'est accru. En 1937, les salaires ont augmenté mais le coût de la vie aussi, plus tardivement, et nous verrons en décembre de cette même année un fléchissement curieux des facteurs alcooliques, certainement en rapport avec une diminution rapide des pouvoirs d'achat des salaires, par suite de la hausse des prix.

Ces résultats obtenus, nous allons comparer ces divers facteurs avec les variations du nombre des folies alcooliques. Nous envisagerons tout d'abord et simultanément le salaire nominal et le coût de la vie. Quant à leur taux réel, nous avons vu et expliqué que le salaire brut ainsi examiné et le coût de la vie en soi ne veulent rien dire de précis. En fait, on constate que le salaire nominal croît sans arrêt depuis un siècle, suivi ou précédé du coût de la vie. Cette variation continue vers l'augmentation du numéraire ne répond nullement aux successions d'accroissement et de dépression du nombre des alcooliques étudiés. Bien plus intéressante est l'étude du pouvoir d'achats du salaire, c'est-à-dire, comme nous l'avons vu, le rapport du taux du salaire au coût de la vie. Si nous traçons, au cours des années correspondantes, les 2 composantes étudiées, on ne

*Taux des salaires. Pension. Coût de la vie d'après
le « Bulletin de la statistique générale de la France ».
Base 100 en 1911*

Année	Gains Hommes Femmes	Gain moyen	Pension logement	Salaires des mineurs base 1911	Moyenne proportion- nelle des salaires précédents	Rapport Salaire Coût de la vie
1911	100	100	100			100
1912	100					
1913				5,40	114,96	
1914				4,94	105,17	
1915				4,78	101,76	
1916	122 116	119	141	5,49	116,88	84
1917				6,92	197,32	
1918				10,12	215,45	
1919				13,44	286,13	
1920				19,90	423,67	
1921	410 412	411	407	19,30	410,89	100,8
1922						
1923						
1924	477 496	486,5	483			100,6
1925	504 535	519,5	514			100,9
1926	584 668	626	600			104,3
1927	593 698	645,5	628			102,7
1928	616 701	658,5	650			101,2
1929	685 800	742,5	744			099,8
1930	732 866	799	767			104,1
1931	729 862	785,5	767			102,3
1932	706 831	768,5	746			103,0
1933	688 794	741	714			103,7
1934	685 803	744	709			104,9
1935	666 792	729	676			107,8
1936	771 917	844	734			114,9

peut s'empêcher d'être tout de suite surpris par la similitude des 2 courbes : nous disons bien « similitude ». Elles évoluent, pour ainsi dire parallèlement, comportant les mêmes sommets et les mêmes dépressions. On ne peut se défendre d'une certaine surprise qui confirme combien le facteur qu'est le pouvoir d'achat du salaire semble jouer un rôle important, pour ne pas dire principal, dans l'intoxication de l'individu. En effet, elle ne semble même pas permettre à d'autres facteurs de modifier les courbes numériques au point de rompre en un point leur parfaite similitude. Cependant, un observateur avisé pourrait dire : ne semble-t-il point que la courbe des alcooliques soit décalée vers la gauche dans sa première partie (jusqu'en 1921) et présente ensuite jusqu'en 1929, plusieurs petites irrégularités dans le temps pour ne suivre qu'ensuite fidèlement la courbe des pouvoirs d'achat des salaires.

Il y avait là un point nécessitant examen ; on ne pouvait nier la parenté des 2 éléments, mais pourquoi ces décalages dans le temps, avec, cependant, maintien des ressemblances ? Nous rappellerons que lorsque nous avons montré la manière d'effectuer des recherches statistiques sur les variations du pouvoir d'achat, nous avons insisté sur le fait que le coût de la vie était évalué en tenant compte de la pension et du loyer. Nous avons alors marqué avec insistance que ces éléments ne subissaient qu'avec un certain retard les variations de prix souvent plus brutales des autres produits, en particulier, les prix

de détail. Ces variations ne seraient-elles point liées plus précisément aux variations plus rapides de ces prix de détail. Il nous sera facile de le voir. Comme le déclare le professeur NOGARO, les indices du coût de la vie qui tiennent compte d'un certain nombre d'éléments moins variables que les prix de détail s'écartent d'une façon générale, bien plus encore que ces derniers, des prix de gros. Leur écart tend, d'ailleurs, à s'atténuer quelque peu actuellement en France, et depuis 1930, reste constant. Antérieurement, les prix de détail ont différé des prix de gros par un certain retard à la baisse. Il nous sera donc facile, comme le conseille cet auteur, d'avoir une idée assez exacte des variations des prix de détail en suivant celles des prix de gros. On en déduit alors que ces prix n'ont cessé de croître de 1910 jusqu'en 1927, avec une ascension particulièrement rapide à cette période terminale. Il convient de noter, en outre, un clocher des variations de prix en 1920-21, marqué par une ascension brusque, suivie presque immédiatement d'une chute des prix. A partir de 1929, ces prix sont presque stables.

En possession de ces données, nous constatons en une première partie s'étendant jusqu'à 1920, que le décalage de la courbe des alcooliques provient du fait que le nombre des folies éthyliques a continué à décroître entre 1916 et 1918. Cependant, le pouvoir d'achat des salaires se relevait, mais il ne pouvait alors compenser l'accroissement simultané des prix de détail, et ce n'est qu'entre 1918

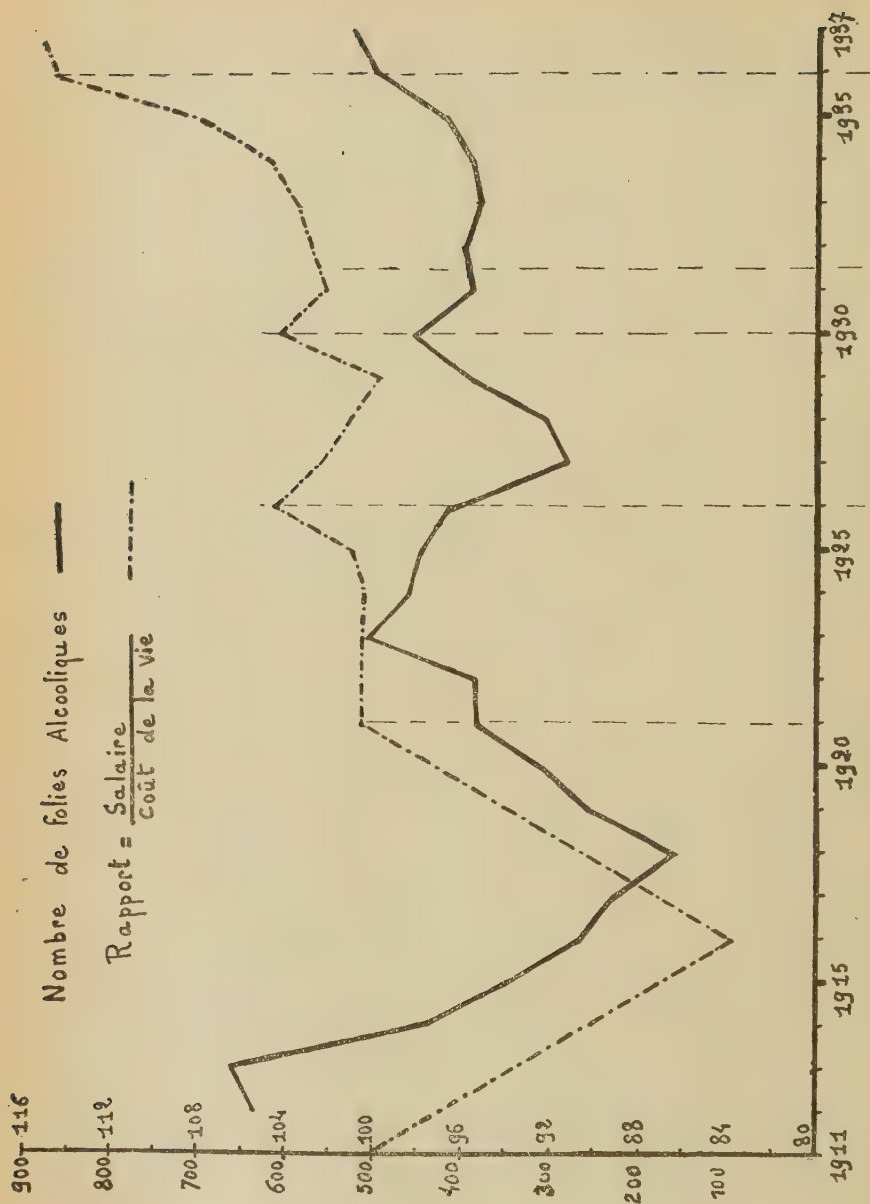
et 1920 que, l'équilibre rétabli, le parallélisme de ces variations apparaît de nouveau. De 1920 à 1927, après un léger plateau, la chute des prix de détail de 1921 se trouve marquée par un accroissement brutal, en 1922, des sujets alcoolisés. Cette chute des prix a été suivie jusqu'en 1927 d'un nouvel accroissement formidable des prix, et, bien que le pouvoir d'achat du salaire se soit élevé, cet accroissement conditionne jusqu'en 1927, une chute remarquable du nombre des intoxiqués. Au cours de la dernière année, il fut aidé par un retour à la baisse du pouvoir d'achat (phénomène particulièrement net sur la courbe) (1). Les prix baissant ensuite, les alcooliques augmentent jusqu'en 1929 où une stabilité des prix apparaît, ce qui justifie alors la simultanéité des variations des 2 courbes que l'on trouve dans la suite.

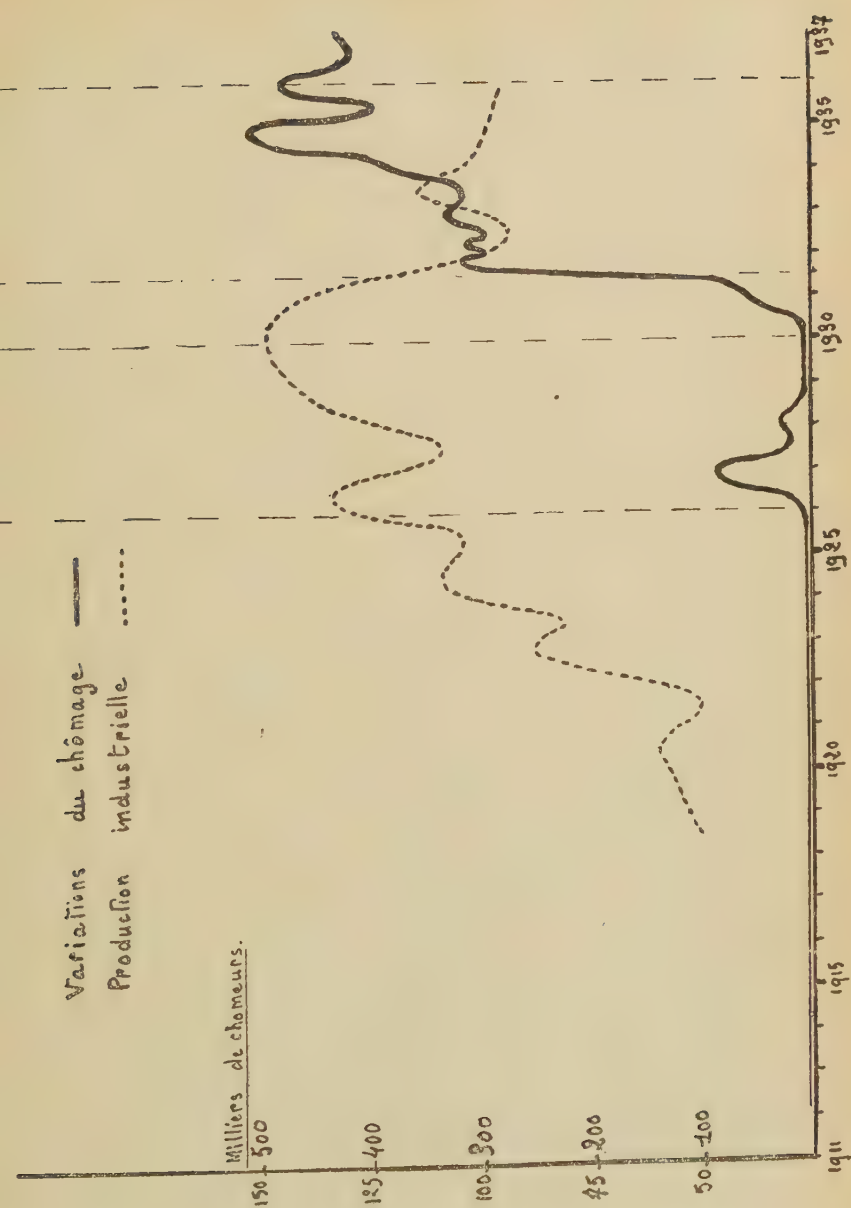
En somme, on constate que les variations des folies alcooliques suivent essentiellement celles du pouvoir d'achat du salaire, parfois seulement, légèrement prolongées, accélérées, ou retardées sur ce dernier en fonction des modifications concomitantes des prix de détail qui, nous avons insisté sur ce fait, se montrent plus précipités dans leurs variations. Et l'on voit que de 1921 à 1929, le rythme normal

(1) Rappelons, à ce sujet, que le pourcentage du nombre des alcoolisés, par rapport au nombre total des malades, marquait son maximum en 1925 : c'est précisément entre l'accroissement maximum du nombre des malades en 1923, par suite de la chute brusque des prix de 1921, et la chute du pouvoir d'achat de 1926.

des variations du nombre des alcooliques calque exactement celles du pouvoir d'achat, a été légèrement faussé par suite de véritables cataclysmes dans les variations des prix de détails.

Il va sans dire que nous ne nous en sommes pas tenu à l'exagération des 3 causes précédemment étudiées : chômage, production industrielle, et pouvoir d'achat des salaires. Nous avons rapproché d'autres éléments sociaux de nos statistiques, telles les variations en valeur or du franc, le prix du vin, de la bière, etc..., seuls, les 3 éléments sus-cités nous ont paru mériter notre attention et nous avons jugé inutile de rapporter dans notre travail des faits qui ne semblent pas présenter un réel intérêt.





DISCUSSION

Avec les résultats fournis par ce travail, nous pouvons constater que la pathologie mentale de l'alcool semble fonction de la richesse des individus ; en un mot, le nombre des folies éthyliques reste essentiellement lié aux variations de la puissance d'achat des habitants. Il y a là un aspect de vérité que l'on admettra aisément, mais ce qui sera plus contesté, c'est l'exclusivité quasi absolue de cette règle.

Il est curieux, dira-t-on, que le chômage ne compte pas, bien qu'il crée un état de loisirs obligés, au cours desquels il est bien tentant de se rendre au café, perpétuellement ouvert. Peut-être le manque de moyens du chômeur l'oblige-t-il à limiter ses excès, ou tout au moins à user de boissons dont la nature ne crée pas une forme psychique de l'alcoolisme. Bien des auteurs ont montré le rôle spécifique de la nature des toxiques ; certaines liqueurs alcoolisées agissent surtout sur le psychisme et le système nerveux : tel semble, surtout, le rôle des apéritifs et des produits onéreux, en général ; d'autres, tel le vin, donneraient plutôt des troubles hépatiques. C'est ainsi que l'on s'accorde à admettre que les

boissons les plus dangereuses pour le cas qui nous intéresse sont les liqueurs à essences, l'absinthe et ses similaires ; celle-ci était la grande pourvoyeuse d'alcoolisme avec accès épileptiques, et le professeur Ch. LADAME, dans son rapport « 30 années d'alcoolisme à l'asile clinique psychiatrique de Bel Air à Genève » signale son rôle quasi spécifique : « La suppression de l'absinthe a entraîné, à une allure accélérée, la disparition de l'alcoolisme avec accès épileptiformes », dit-il. On s'accorde aussi à admettre que les boissons provenant de distillations de l'alcool sont nocives et que leur toxicité est en rapport avec l'élévation de leur point d'ébullition, comme l'ont établi DUJARDIN, BEAUMETZ, AUDIGÉ et RABUTEAU.

Certains expérimentateurs plus récents : DAREMBERG, RICHE, JOFFROY et SÉRIEUX, avaient confirmé ces vues, sauf pour le vin qu'ils considéraient comme particulièrement toxique pour le système nerveux. Il est vrai que leurs expériences consistant à injecter dans les veines d'animaux, les produits à étudier, n'étaient peut-être pas à l'abri de toute critique, du fait de l'espèce animale et du procédé utilisé. Ce qui semble, au contraire, certain, c'est que les médecins des pays où l'on boit le vin n'y ont pas observé d'alcoolisme délirant et impulsif. Ces différents points de vue ont été soutenus dans les thèses d'EMERY, sur l'alcoolisme dans le Loir-et-Cher, de MABILLE, sur l'alcoolisme en Charente-Inférieure, de PAGÈS, sur l'alcoolisme en Charente.

Ces remarques de la spécificité de l'action de cer-

taines boissons nous amènent à parler d'un autre phénomène noté par Jacques BERTILLON, dans son travail intitulé « Guerre à l'alcool par l'impôt » (étude statistique). Cet auteur a constaté qu'il s'établissait une sorte de compensation entre les divers produits alcooliques et lorsqu'un accroissement d'impôt frappait les apéritifs, par exemple, la consommation d'une autre boisson, telle le vin, augmentait d'autant. Si l'on tient compte de la spécificité des toxiques envisagée plus haut, il y aurait là un moyen de lutter, dans une certaine mesure, contre les accidents sociaux, en faisant porter la consommation sur les produits les plus bénins : nous aurons l'occasion, ultérieurement, de reparler de cette constatation.

On admettra plus facilement que l'augmentation de fatigue et de surmenage, au cours des périodes de forte production industrielle, ne s'accompagne pas particulièrement de psychoses éthyliques : on sait, en effet, que les troubles psychiques apparaissent, soit au cours d'une intoxication aiguë passagère, soit et surtout au cours d'une intoxication chronique. Ils peuvent être déclanchés par des causes diverses, tels de copieux excès (*delirium a potu nemio*), la suppression de l'excitant habituel (*delirium a potu suspenso*), à l'occasion d'un choc moral ou physique, surtout des maladies intercurrentes. On voit que la fatigue et le surmenage ne jouent que comme un seul de ces nombreux éléments. Il convient d'ajouter qu'il est possible d'admettre que les intoxiqués chro-

niques subissent dans ces périodes une amélioration de leur état par la réduction des heures de loisirs (heures supplémentaires), la nécessité d'un repos prolongé, qui diminuent d'autant les facilités d'intoxication.

Ces remarques étant faites objectivement, nous sommes obligés d'admettre, d'après nos résultats, que les psychoses éthyliques suivent le pouvoir d'achat des individus. Il y a donc là encore une sorte de loi qui veut que l'individu s'intoxique toujours dans la mesure maximum de ses possibilités monétaires. Est-il riche ? il s'imprègne le plus possible. Est-il pauvre ? il se restreint immédiatement.

L'intoxication fait donc partie des dépenses luxueuses et somptuaires du fait que l'argent procure à certains individus des possibilités de se livrer à leurs passions, elle procure le moyen de s'imbiber d'alcool et surtout d'alcools néfastes aux facultés psychiques.

A l'époque actuelle, où, sans conteste, la partie du gain dépassant le strict nécessaire, s'accroît, on verra donc infailliblement augmenter le nombre des psychopathies éthyliques. Ce n'est pourtant point là une raison suffisante pour diminuer les possibilités de bien-être des individus, et par conséquent, leurs gains. Il nous restera donc à envisager quels moyens on pourrait utiliser pour enrayer une réelle évolution.

MÉTHODES GÉNÉRALES DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

Les mesures pour lutter contre l'intoxication éthylique ont été multiples et particulièrement étudiées. Les unes sont d'ordre général et s'attachent surtout à la prévention ; d'autres frappent plus particulièrement l'individu qui présente des habitudes d'intempérance. Nous envisagerons diverses méthodes proposées dans ce sens, dans leur généralité, puis, nous examinerons ce qui a été fait en France.

Toutes les nations se sont préoccupé de la lutte contre l'alcoolisme, mais toutes n'ont pas apporté dans cette lutte la même prévoyance et la même énergie. La Suède et la Norvège ont donné aux autres pays l'exemple de la persévérance dans l'effort par l'application de mesures législatives et sociales, et plus particulièrement, par l'application du système dit de Goeteborg. C'est un système assez complexe qui consiste à faire racheter par les sociétés de tempérance les débits où l'on ne vend que des alcools purifiés et à des prix assez élevés pour décourager les consommateurs trop zélés. Ces sociétés dénommées sociétés d'octroi ou bolages ont débuté à

Stockholm en 1865, et leur façon ingénieuse de combattre l'alcoolisme est connue sous le nom de système de Goeteborg ou monopole des sociétés. Elles ferment leurs auberges de très bonne heure, et certains jours : fêtes, événements politiques, n'ouvrent pas du tout. Malgré ces rigueurs qui visent essentiellement à sevrer les populations d'alcool, ces maisons font de bonnes affaires, d'importants bénéfices, qui servent à des œuvres d'utilité publique. Ce système a créé une diminution de la consommation par tête qui serait assez sensible.

A ce procédé, déjà bien efficace, des auteurs ont proposé de joindre des mesures plus complexes et atteignant plus profondément le buveur dans toute son activité. On peut citer dans le genre le « système Bratt » ; c'est un modèle de construction idéative destiné à combattre l'alcoolisme. Ce système repose sur le principe que chez l'alcoolique, les altérations du sens moral précèdent de beaucoup l'apparition des troubles psychiques. Le buveur peut être malfaisant bien avant que l'alcool ait fait apparaître chez lui les stigmates de l'alcoolisme, stigmates d'ailleurs longtemps essentiellement éphémères, disparaissant par une abstinence de quelques jours.

D'ailleurs, d'après ce système, l'alcoolique boit plus parce qu'il est sollicité de tous côtés par l'alcool que par un besoin irrésistible.

Toutes ces remarques conduisent à un double problème : comment diminuer les tentations et rendre au buveur l'accès de l'alcool difficile ? Comment rele-

ver la volonté faible de l'alcoolique ? On résoudra la première par des mesures modifiant les conditions de vente des boissons, la deuxième, par des mesures d'assistance.

Les mesures modifiant les conditions de vente des boissons, consistent en lois diminuant d'abord les intérêts liés à la fabrication par une monopolisation de la rectification de l'eau-de-vie et par une réduction du nombre des brasseries de campagne. D'autres mesures sont proposées pour diminuer les intérêts privés liés à la vente de l'alcool à consommer sur place. Dans les débits déjà soumis au système de Gothembourg, on limiterait plus encore la quantité des spiritueux que les clients sont autorisés à consommer et on transformerait en restaurant ces débits ; mais la mesure la plus efficace consisterait à réduire à néant le bénéfice que les restaurateurs retirent de la vente des spiritueux. En ce qui concerne la vente de l'eau-de-vie à emporter, on aura pour but de mettre les individus connus comme des buveurs notoires dans l'impossibilité de se procurer de l'alcool ; et c'est dans la vente de l'eau-de-vie à emporter que M. BRATT voit le gros danger. Le système de Gothembourg seul présente une grosse lacune : sévère pour la vente de l'alcool à consommer sur place, il est très large pour la vente de l'alcool à emporter. Les seules conditions imposées sont la limite d'âge, l'interdiction aux individus ivres de s'en procurer et le maximum d'un litre. L'efficacité de cette dernière mesure est rendue inutile ; ils se groupent à plusieurs et achètent cha-

cun un litre ; c'est pour remédier à ce danger que le système Bratt propose les mesures suivantes : Les habitants d'une zone donnée ne pourraient se procurer de l'alcool que dans un débit déterminé ; toute quantité de spiritueux achetée serait délivrée contre un reçu signé de l'acheteur et inscrit sur un registre ; on y ajouterait la défense absolue à tout acheteur de livrer son alcool à un tiers. Si un individu s'est enivré et que l'enquête démontre qu'il s'est procuré de l'alcool par l'intermédiaire de tel acheteur, son autorisation lui est retirée, même s'il n'y a pas échange à titre onéreux.

L'autorisation d'achat, point essentiel de ce rouage, peut être retirée sur la proposition de certaines autorités, police, bureau de bienfaisance (indigence liée à l'alcoolisme), bureau d'assistance médicale, bureau de protection de l'enfance (négligence des enfants par l'alcoolique) pour un parent muni d'un certificat médical. A toutes ces réformes, se joignent des mesures nouvelles d'assistance aux buveurs.

Chaque ville devra posséder une « commission de l'alcool » avec des bureaux ressemblant aux bureaux d'hygiène. Un médecin psychiatre les dirigera. Il disposera d'assistants et interviendra, soit à titre privé, soit à titre officiel ; le premier cas se résume à une simple consultation, le second agirait lorsque les excès alcooliques créeraient un danger public ou quand ils seraient un obstacle à ce que l'individu pourvoie à ses besoins, ou à l'accomplissement des devoirs qui sont à sa charge ; de même, quand ils se-

raient une cause de souffrance morale ou physique pour les proches, ou quand il s'agirait de jeunes gens qui menacent de devenir une cause de déchéance morale.

L'intervention du bureau, et c'est là un point particulièrement efficace du système sur lequel nous insistons, s'appuie sur une sanction, qui est l'internement de l'alcoolique. Deux cas peuvent se présenter : ou l'alcoolique souffre d'une véritable maladie mentale, la mesure est alors un certificat d'internement dans un asile d'aliénés, ou l'alcoolique est dangereux sans que l'on considère que son cas relève de l'asile d'aliénés. Le médecin a le droit, après s'être entouré des renseignements utiles, de délivrer un certificat affirmant que le sujet constitue un danger public. Mise en possession de ce certificat, l'autorité publique place le sujet dans un établissement approprié, plus particulièrement, l'asile spécial d'alcooliques (il pourrait, d'ailleurs, être établi que le certificat mentionné ne pourrait légitimer une privation de liberté que d'une quinzaine de jours). Le système envisage, en outre, avant de recourir à de pareilles mesures, toute une graduation de sanctions intermédiaires, telles que le retrait de la carte d'achat dont nous avons parlé antérieurement.

Un point capital est l'existence de l'asile d'alcooliques ; il est complété par des mesures d'assistance et de surveillance qui suivent le malade rendu à la liberté. Mais l'asile de buveurs reste pour le Docteur BRATT l'établissement du relèvement moral. On y

exigera une abstinence complète de boissons alcooliques, une vie hygiénique, du travail. Les récidivistes non améliorables seront envoyés dans des colonies agricoles, dans des conditions telles qu'ils coûtent le moins possible à la société.

Nous avons volontairement insisté sur l'exposé de ce système ; il reste peut-être un peu théorique mais tel qu'il se présente, il réalise à tous les degrés une étude particulièrement serrée de la lutte et il comprend de nombreuses mesures dont l'efficacité est certaine.

M. ANDRÉ, directeur du Bolage de Gothembourg, appliqua en 1912, dans cette ville, des mesures inspirées de ce système, de même, dans la ville de Stockholm, sous le nom de système de Stockholm, et ces mesures se sont révélées efficaces. Il ne faut pas limiter l'étude de cette lutte à la Suède et à la Norvège ; le Danemark, en 1912, fit une loi entraînant dans les villes la limitation du nombre des débits à 1 pour 350 habitants au maximum. A la campagne, elle exigeait, en outre, un droit d'ouverture, lequel passait nécessairement par l'autorité centrale qui pouvait le refuser.

En Angleterre, on a institué la « Liste Noire » : tout individu que ses habitudes d'intempérance ont mis en conflit avec la société est inscrit sur une liste. Cette liste est communiquée à tous les débiteurs de la localité avec interdiction de servir des boissons alcooliques aux individus qui y sont portés. L'efficacité de ce système est illusoire car le per-

sonnel des débits ne peut connaître individuellement tous les consommateurs ; seuls, les alcooliques invétérés y sont inscrits et ils peuvent se procurer de l'alcool par intermédiaires.

La Belgique impose un maximum d'achat aux individus, ce qui peut être aisément détourné, comme on l'a exposé plus haut ; elle aurait, cependant, obtenu d'heureux résultats.

L'Amérique a été le lieu d'une expérience sans précédent, par l'institution du « régime sec », régime trop sévère sans doute, ou faiblesse de l'autorité. Il a été à l'origine d'intrigues politiques et commerciales, suivies de la naissance d'une contrebande puissante et organisée, enrichie de sa propre fraude, véritable gangstérisme, créant à côté des autorités légales, des autorités d'insoumis. L'activité de ces bandes organisées a dépassé largement les questions liées au régime des boissons et le pays s'efforce actuellement encore de s'en débarrasser.

La Suisse a créé le monopole de la rectification depuis 1886 et au point de vue hygiénique, il suffit de rappeler la phrase de FOREL : « Heureux les États qui n'ont pas encore fait cette dangereuse expérience ». Cependant, elle a ouvert des asiles de buveurs, limités certes, mais dont l'efficacité s'avère des plus utiles dans 30 % des cas.

En Russie, en 1894, on aurait tenté le monopole d'État sur la rectification et la vente des alcools : il aurait abouti à transplanter la consommation du cabaret au domicile.

De ces diverses considérations, on peut conclure que de nombreux systèmes, parfois très ingénieux, ont été proposés pour lutter contre l'alcoolisme : certains ont fait leurs preuves ; ce sont, surtout, ceux utilisés dans les pays du Nord, basés principalement sur une surveillance sévère et une contrainte marquée. D'autres, tel le monopole, semblent constituer, du moins au début de leur application, des moyens d'enrichir les Trésors, mais fort dangereux pour la santé publique, ce qui ne peut contribuer qu'à la ruine matérielle et morale des classes pauvres de la société.

LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME EN FRANCE

En France, la lutte contre l'alcoolisme n'a jamais présenté une rigueur aussi grande que dans les pays sus-cités ; elle a été réalisée de deux façons : par des œuvres sociales, aidées des efforts de certains particuliers, par le Gouvernement.

Les œuvres sociales. — C'est avant tout la ligue nationale contre l'alcoolisme qui a entrepris contre le redoutable fléau une action méthodique et persévérante. Elle travaille à l'école, à l'armée pour « préserver des habitudes fatales la génération qui s'élève ». Malheureusement, les moyens dont elle dispose sont, surtout, psychologiques ; elle utilise la propagande. Elle a constitué plus de 2.000 sections cadettes dans les écoles où 65.000 enfants auraient pris l'engagement de s'abstenir de spiritueux ; par la parole : des tournées de conférences sont effectuées dans plusieurs départements par des délégués spéciaux ; par radiodiffusion, par le cinéma, par des écrits, des revues, telles *L'Etoile bleue*, *La Jeunesse*, *Fruits et santé*, *l'Almanach de l'hygiène sociale* ; par l'émulation : elle organise, dans les écoles, des concours ; des prix sont accordés aux lauréats ;

par des œuvres de tempérance, des cercles, des cafés ; par une consultation pour buveurs donnée toutes les semaines par le Docteur Roger MIGNOT, Médecin-Chef de Ville-Evrard ; les malades sont dirigés sur les maisons de désintoxication, soit à Niderveller (Moselle) tenue par les pères Camiliens, soit au château de la Valk, près d'Hagueneau, de direction protestante.

Une action féminine spéciale entreprise par l'Union des Françaises aide, en outre, la ligue.

L'activité de cette ligue est particulièrement louable et il est regrettable que les moyens dont elle dispose se révèlent peu efficaces : nous ne croyons pas que par pure persuasion, on conduise l'alcoolique à la sobriété. Ses efforts ne restent cependant pas inutiles car elle signale fréquemment les aspects les plus choquants de l'alcoolisme dans notre pays. Récemment, dans son compte rendu de 1938, nous notons l'indignation suivante : « L'année 1937, parce qu'elle a été celle de l'Exposition, a projeté sur le mal alcoolique, en France, une lumière crue. Cette exposition avait atteint une perfection jamais réalisée avant elle ; pourquoi fallait-il qu'après quelques pas sur l'allée centrale, l'odieux alcool vint rappeler à tous que la France était sa proie et que, seule de toutes les nations, elle n'avait su faire l'effort nécessaire pour se libérer de son abominable tyrannie. Soixante stands de boissons, une colonne d'une hauteur démesurée consacrée à l'un de ces apéritifs condamnés par l'Académie de Médecine,

des sloogans succédaient aux sloogans où l'on cherchait dans le souci de l'hygiène, dans l'amour de la famille un appui pour la réclame alcoolique ». Il cite ensuite les affirmations officielles des ministres constatant que les aliénés reviennent au pays à plus de un milliard de francs (RUCART), et qu'au premier rang des causes d'aliénation, il faut mettre le développement de l'alcoolisme (HERRIOT).

On le voit, cette activité anti-alcoolique reste incessante, mais elle n'est pas la seule à l'époque actuelle et récemment, en juin 1937, à la Société de Médecine de Strasbourg et du Bas-Rhin, le Docteur CHAVIGNY soumettait à la société le vœu suivant : Il demandait que le Gouvernement, tenant compte des graves dangers que le trop grand nombre de débits de boissons fait courir à la morale, à la santé, et à la fortune publique, en favorisant l'alcoolisme dans toutes les classes de la société, prenne, dans le plus bref délai, les dispositions nécessaires pour :

1^o limiter le nombre des débits de boisson et supprimer le privilège des bouilleurs de crû,

2^o fermer le samedi et le dimanche les débits, estaminets, comptoirs, bars et cafés bars, en application de la loi sur la semaine de 40 heures,

3^o défendre de servir dans les débits, de quelque nature qu'ils soient, des boissons à consommer sur place aux enfants au-dessous de 16 ans,

4^o organiser des lieux de réunions populaires, hygiéniques et agréablement installés, sur le type du « Foyer du soldat », et de l'« abri du marin » où

les boissons alcooliques seraient exclues et remplacées par des boissons hygiéniques, telles que : café, thé, infusions diverses, jus de fruits préparés avec des fruits de notre pays qui peuvent être agréablement consommés à l'état naturel sans avoir subi la fermentation alcoolique.

5^o Multiplier les terrains de jeux où la jeunesse pourra obtenir un développement physique trop négligé jusqu'ici et où la pratique des sports éloignera de la consommation de l'alcool.

6^o Créer des habitations hygiéniques et des cités-jardins destinées à remplacer les anciens taudis et à donner au travailleur, dans ses heures de loisirs, le goût du jardinage et de la vie en plein air, saine et naturelle.

Ce sont là d'heureuses prescriptions générales à caractère préventif qui s'adaptent surtout à l'époque actuelle et il nous semble inutile de ne rien ajouter à cette initiative. Mais ces réformes d'actualité mises à part, il convient d'étudier de manière plus précise les mesures prises directement contre l'alcoolisme par le Gouvernement. Elles se résument en deux lois, l'une, tout au plus bonne à maintenir l'ordre, c'est la loi de 1917 sur l'ivresse, la seconde qui ne peut enrayer le mal puisqu'elle s'applique lorsqu'il est incurable, c'est la loi de 1838 sur l'internement.

La loi de 1917, importante puisqu'elle est destinée à prévenir les méfaits que peut engendrer l'alcoolisme, reste dangereusement modérée et on se demande quel faible degré d'intimidation peuvent créer les

peines encourues. Sera, en effet, puni d'une amende de 1 à 5 francs inclusivement quiconque sera trouvé en état d'ivresse manifeste dans les rues, chemins, places, cafés, cabarets ou autres lieux publics. En cas de première récidive, une peine d'emprisonnement de 3 jours sera prononcée, à la seconde récidive, survenue dans l'année, l'emprisonnement sera de 6 jours à un mois et une amende de 16 à 300 francs. A ces peines, s'ajoute la suppression des droits suivants :

1^o de vote de l'élection,

2^o d'éligibilité,

3^o d'être appelé ou nommé aux fonctions de juré et autres fonctions publiques ou aux emplois d'administration ou d'exercer ces fonctions ou emplois,

4^o de port d'armes.

La suppression des fonctions d'administration publique mises à part, ces dernières mesures nous semblent parfaitement sans importance pour intimider l'alcoolique avec l'état d'esprit que nous lui connaissons.

Tels sont résumés les 3 premiers articles de la loi de 1917, les peines imposées à l'ivrogne devraient, cependant, être assez efficaces si elles étaient appliquées, mais l'article 15 de la présente loi annule pratiquement toutes ces mesures en déclarant « que toute personne trouvée en état d'ivresse dans les rues, les chemins, les places, cafés, cabarets ou autres lieux publics, devra être, par mesure de police, conduite à ses frais du poste le plus voisin dans une chambre de sûreté pour y être retenue jusqu'à ce

qu'elle ait recouvré sa raison ». C'est ce dernier article qui est couramment observé et le lendemain d'une ivresse, le buveur est relâché, sans être conduit devant le tribunal.

A côté de cette loi de 1917, nous trouvons d'autres dispositions légales qui se proposent de lutter avec efficacité : on y retrouve amenuisés les grands principes proposés par le Docteur BRATT dans son système.

La loi du 17 juillet 1880 permet aux maires et aux conseillers municipaux de déterminer les distances tolérées des cafés et débits d'un édifice public. On comprend combien l'intérêt électoral s'oppose à de telles mesures : d'ailleurs, la loi ajoute soigneusement : « sans préjudices des droits antérieurement acquis ».

La loi du 9 novembre 1916 oblige « toute personne qui veut ouvrir un café à en faire déclaration » et le texte montre clairement que l'intérêt en cause est une question fiscale.

La loi du 6 mars 1917 interdit aux chefs de chantiers et aux patrons d'usine de laisser introduire dans leurs établissements, pour être consommés par le personnel, toute boisson alcoolique autre que le vin, la bière, le poiré, l'hydromel !...

D'après la loi du 30 avril 1924, la distance exigée entre 2 débits au cas de création d'agglomération nouvelle ne doit pas être inférieure à 150 mètres. Deux lois présentent un réel intérêt, celle du 5 décembre 1922 et celle du 13 juillet 1928, qui inter-

disent dans les centres d'habitations à bon marché la création de débits de boissons.

Il est bien regrettable de constater que ces diverses mesures sont pourvues de moyens détournés qui les rendent inefficaces ou que leur exécution s'oppose à des intérêts électoraux ou qu'elles sont insuffisantes.

Heureusement, d'autres mesures ont été prises utilement ; c'est ainsi que la campagne expérimentale et clinique courageusement menée par MAGNAN en 1874 où il faisait un terrifiant tableau de l'alcoolisme absinthique aboutit à la suppression de l'absinthe et de ses similaires (loi du 16 mars 1915, modifiée par la loi du 17 juillet 1922). Ce résultat fut suivi par la disparition quasi totale de l'alcoolisme avec accès épileptique.

L'imposition instituée par le Gouvernement sur la circulation des alcools comportant des droits élevés, a été particulièrement fouillée par Louis JACQUET, dans une étude Économique Générale publiée en 1912 et par Jacques BERTILLON dans un travail intitulé « Guerre à l'alcool par l'impôt ». Ils ont montré que ce procédé s'avérait déjà suffisamment efficace pour qu'il soit utilisé sans ménagement, d'autant qu'il procure au Gouvernement une source de revenus assez importants. Il reste à craindre, néanmoins, que les pouvoirs publics se refusent d'élever suffisamment le taux de ces impositions pour éviter une atteinte à ce qu'ils dénomment « la productivité de l'impôt » ; d'autre part, Jacques BERTILLON a montré que le prix élevé d'un alcool augmentait proportion-

nellement la consommation des autres boissons alcooliques non visées par les tarifs accrus. Il s'agirait donc, si l'on tient compte de l'activité morbide spécifique des différents produits, de frapper lourdement ceux qui portent atteinte plus particulièrement aux facultés psychiques de l'individu pour ne laisser circuler à plus bas prix que les boissons infiniment moins toxiques.

Il ne reste pas douteux qu'à notre époque, une activité logiquement et utilement dirigée en ce sens serait gênée par la création immédiate de produits industriels à bas prix d'alcools obtenus par des procédés chimiques, d'éléments tels, la pomme de terre, le tourteau, alcools que même un impôt élevé ne rendrait pas onéreux et d'autant plus nuisibles pour les individus que leur préparation serait douteuse.

N'empêche, les remarques formulées mises à part, il y a, en ce sens, pour les pouvoirs publics, d'utiles réformes à faire puisque, nous l'avons démontré, le prix joue un rôle de premier ordre dans la consommation, mais insistons encore sur le fait que le législateur devrait avoir un souci désintéressé de la santé sociale et il ne nous semble pas actuellement que son activité soit particulièrement efficace.

Ajoutons, pour terminer, que le ministère de la santé publique fait œuvre de propagande anti-alcoolique en faisant aux élèves des écoles, aux sportifs, distribuer des tracts dont il se pourvoit à la ligue nationale anti-alcoolique, mais cette activité reste, cependant, assez restreinte. Signalons encore

la suppression du privilège des bouilleurs de crûs en 1916, rapidement rétabli pour des raisons électorales.

Telles sont, en France, les mesures utilisées pour combattre l'alcoolisme ; il faut bien reconnaître qu'au point de vue social, elles restent pleines de faiblesse.

LES MESURES A PRENDRE

La diminution de l'alcoolisme, de 1916 à 1920, a été signalée par bien des auteurs. Ils l'ont interprétée comme liée à la suppression du privilège des bouilleurs de crûs (1916), l'institution de droits élevés, toutes causes que la fraude ou l'ingéniosité résout facilement. Reste pour nous, surtout le résultat simple du prix de l'existence et si le nombre des folies alcooliques croît depuis cette date, et surtout, ce qui est grave, de façon presque continue, c'est qu'il reste lié encore à la possibilité monétaire améliorée. Les méthodes qu'il est normal d'envisager pour lutter contre un pareil fléau devraient tenir compte de cette causalité, ce qui ne nous permettra pas d'insister trop sur les procédés mis en œuvre avec une intention louable, certes, mais dont l'inefficacité s'est révélée flagrante.

Il faut, pour envisager d'utiles mesures, éliminer toutes celles susceptibles de fraudes intéressées, c'est pourquoi l'atteinte au producteur, à l'intermédiaire ou au débitant, reste peu efficace. Il faut aussi et surtout tenir compte du milieu social, dans son esprit, dans sa politique. Il est certain que les Gou-

vernements, malgré leur bonne volonté, ne recourront pas à certaines mesures utiles. On ne verra pas chez nous facilement, comme dans les pays scandinaves, un régime sévère et discipliné au point que l'usager lui-même soit le premier à en observer les prescriptions ; le Français est trop indépendant et son esprit de rebellion rend impossibles de pareilles mesures. Plus que jamais, il nous faut donc tenir compte des fonctions économiques et sociales au milieu desquelles nous vivons. Il faudra se limiter à un certain état de chose ; mais si la vie politique et économique française est constituée de telle sorte qu'elle rend pratiquement impossible de bonnes mesures de lutte contre la circulation des boissons, il reste néanmoins des solutions dont l'opportunité pourrait utilement invoquer précisément les arguments en leur faveur.

Une première mesure serait à prendre qui consiste à soumettre à la fermeture hebdomadaire les estaminets et les bars, comme le demandait le Docteur CHAVIGNY : elle ne présente peut-être pas une efficacité de premier ordre (nous avons vu qu'en Russie, la suppression de la circulation publique des alcools a accru d'autant l'intoxication en famille) mais elle se justifie particulièrement en application de la loi de 40 heures et puisque les circonstances offrent aux législateurs une bonne raison de se justifier, il serait inopportun de ne rien faire.

Une autre règle, à notre point de vue plus efficace, serait d'augmenter et de spécialiser l'imposition des boissons alcoolisées : augmenter l'imposition, cette

formule crée précisément une augmentation de valeur correspondante et nous avons vu combien celle-ci agit sur l'intoxication. Il est dans le passé des expériences de ce genre qui ont particulièrement réussi et le Docteur Jacques BERTILLON a bien montré leur efficacité dans un ouvrage que nous avons déjà cité. Il semble cependant établi que cette action bienfaisante est de courte durée et nous avons vu que l'ingéniosité des producteurs et la fraude permettaient d'aplanir rapidement l'utilité de ces réformes. Pour rappeler à quel point de pareilles mesures peuvent créer une opposition gênante, il suffira d'évoquer ce qui s'est passé en Amérique lors de l'établissement du régime sec qui a abouti à une organisation hiérarchisée et monstrueuse de la fraude, origine du gangstérisme dont l'action néfaste a continué longtemps après que la cause originelle avait été abolie.

La spécialisation de l'imposition dont nous restons partisan, permet, d'après une règle dont nous avons antérieurement parlé, de faire dériver les abus vers des substances moins nocives. Là encore, la création de nouveaux produits plus complexes et de qualité inférieure peut entraver un résultat favorable. Il reste certain qu'à nos yeux, l'imposition bien dosée dans la limite d'utile réaction, reste un facteur des plus utiles et son plus gros obstacle est peut-être le bénéfice qu'y rencontre le Gouvernement, ce qui l'entraîne sans doute à conserver sa productivité. Nous restons persuadés, cependant

qu'animé des meilleures intentions sociales, il ne peut faire qu'un utile effort en ce sens.

Deux dernières et utiles mesures les plus importantes peut-être, restent à envisager : nous savons, et nous l'avons dit, que l'alcoolisation fait partie des consommations luxuaires ; il n'est pourtant pas question de diminuer les facilités de vie des individus ; l'intoxication va donc croître avec une aisance plus marquée.

Une mesure préventive consiste à faire socialement tous les efforts nécessaires pour faire dériver les dépenses de luxe vers les plaisirs plus sains, en apprenant aux jeunes, non à fréquenter le cabaret, mais à se livrer aux joies de la campagne, aux sports, au scoutisme, et à développer parallèlement leur goût de la vie familiale, du luxe intérieur qui fait que l'on se plaît chez soi.

Le mal venu il reste un remède des plus efficaces, c'est de frapper l'individu lui-même dans ses abus, c'est de lui faire peur, de le punir à la moindre faiblesse. L'inutilité, ou tout au moins, le peu d'efficacité de la propagande qui consiste à convertir par des arguments sentimentaux les individus à la sobriété est prouvée. Toutefois, cette propagande a, pour le moins, cette raison d'être, c'est qu'elle a rendu les sujets suffisamment avertis des dangers qu'ils encourent et surtout qu'ils créent pour la société ; ils ne sont donc pas excusables de s'intoxiquer et s'ils ne veulent pas observer les règles, il n'y a qu'à sévir. Cette utile sévérité devra s'étendre sur l'alcoo-

lique bien avant qu'il devienne aliéné et, nous dirons, même après ses premiers accès d'aliénation, lors des phases lucides, en vue d'éviter la récurrence ; c'est du fait de cette extension même, nécessaire, qu'il faut envisager pour cette catégorie de malades, autre chose que l'asile d'aliénés : il faut, et de nombreux auteurs l'ont réclamé sans cesse, créer des asiles de buveurs. Nous sommes donc conduits à envisager, pour justifier notre thème : la responsabilité de l'alcoolique, les asiles de buveurs.

LA RESPONSABILITÉ DE L'ALCOOLIQUE

Elle est celle de tous les intoxiqués volontaires : ils sont entièrement responsables. Il existe cependant entre les auteurs un désaccord sur la limite de cette responsabilité : presque tous s'appuyant sur la loi de 1838 arrêtent cette responsabilité à l'aliénation et dès que l'individu est internable, il n'est plus responsable. Résultat : un intoxiqué fait un crime ; on le conduit à l'asile, il y séjourne quelques mois, le temps de faire une cure, et retourne dans la vie comme le plus innocent des hommes ; on ne peut pas le retenir, il est guéri, il n'est plus aliéné, la loi est formelle. Est-il jeune recrue militaire, ivrogne, il sera réformé comme indésirable, nuisible à l'ordre et à la discipline, bien heureux de retrouver la vie civile, ce dont il se fera gloire dans les estaminets. Ce régime de 1838 ne peut convenir ; il est trop indulgent et aboutit aux résultats les plus choquants.

On est d'ailleurs frappé de l'incompréhension entre les juristes et les médecins à ce sujet. Les juristes prolongent infiniment plus loin la responsabilité de

l'intoxiqué et tandis que le médecin fait bien souvent dériver vers l'asile (de façon momentanément justifiée d'ailleurs) un alcoolique délinquant, le juge aurait envisagé pour lui volontiers l'exécution d'une peine à laquelle celui-ci échappe ainsi : il ne peut plus sévir. Pour le juriste, en effet, la responsabilité de l'intoxiqué est totale ; elle résulte du seul fait que le sujet connaît les risques qu'il encourt.

Il est d'autres raisons qui rendent plus surprenante, à notre époque, l'irresponsabilité de l'alcoolisé, même aliéné. Il n'est pas douteux que les théories récentes sont parfois audacieuses : la jurisprudence a créé la responsabilité d'un maître vis-à-vis des erreurs commises par ses préposés, la théorie de la responsabilité « des choses que l'on a sous sa garde ».

Cet état de chose n'a pas créé cependant une tendance vers la responsabilité de l'alcoolique même aliéné ; il ne serait pas plus choquant de voir un alcoolique puni pour un délit commis par lui, même avec une conscience inhibée, que de voir un maître de maison puni parce que son chauffeur a, sans son autorisation, pris sa voiture pour faire une promenade au cours de laquelle il blessa un tiers.

Il est vrai que de pareilles tendances ne sont encore qu'au cours de leur évolution et l'on nous opposera qu'elles s'attachent surtout au civil et qu'entre le pénal et le civil, il y a une importante barrière qui est la volonté individuelle. Mais l'aliéné alcoolique délinquant échappe presque toujours à la responsabilité civile, ce qui ne se justifie nullement ;

pour le pénal : la question de la volonté constitue un point faible dont on ne fait pas assez cas. A notre avis, la responsabilité civile devrait rester pleine et entière pour tous les cas : le cas type en est l'alcoolique dément ; mais quant à l'aliéné, moins complexe, plus spécialement au cours de l'alcoolisme chronique (délire de jalousie, de persécution) la question de volonté joue un rôle de premier plan, celle de la conscience d'une mauvaise action prise dans le sens objectif, en isolant le motif.

Cette conscience de l'acte nuisible, sans considération du motif, n'est même pas absolument nécessaire, il suffirait de s'attacher à l'intimidabilité du sujet et à l'existence parallèle d'une volonté même affaiblie. Il est, en effet, admis actuellement qu'une personne invoquant l'hypnotisme comme affaiblissant une volonté, reste entièrement responsable ; il reste donc normal d'étendre à d'autres cas cette solution.

En résumé, même l'individu présentant un certain état délirant, tant qu'il a conscience de la sanction encourue, qu'il est intimidable et qu'il présente une volonté, même minime, qui peut s'apprécier par son activité, resterait, pour nous, responsable. On repousse ainsi plus loin qu'on a coutume de le faire la culpabilité de pareils individus ; bien entendu, les délits commis accessoirement, sans rapport avec le délire même, chez le délirant, seraient sanctionnables. C'est ainsi que nous envisageons volontiers la punition d'un alcoolique pathologiquement jaloux,

ayant frappé un tiers pour une raison sans rapport avec le thème maladif.

Mais il se pose une question particulièrement délicate : l'exécution de la peine. Nous rappelons que la démence mise à part, car elle s'accompagne d'une perte totale de la volonté, nous envisageons, pour la plupart des alcooliques délinquants, l'exécution d'une peine ; la privation de liberté peut être précisément exécutée dans l'établissement spécialisé qu'est l'asile de buveurs. Elle est donc relativement douce par rapport à la peine normale, mais elle permettrait de maintenir le coupable le temps égal à celui dont il aurait été privé de liberté s'il avait été un sujet non intoxiqué, dans un cas analogue. Ainsi, le délinquant, même ayant recouvré une entière lucidité, ne bénéficie pas d'une remise en liberté coupable (loi de 1838) mais d'un régime spécial plus sévère.

Le sujet éliminé de l'armée pour éthylisme passerait à l'asile une période équivalente à l'exécution de son service militaire et ne pourrait donc passer, aux yeux de tous, pour quelqu'un que le vice avantage.

Une autre solution, mais qui nous paraît moins justifiée, serait de conduire le coupable guéri en prison en lui rappelant que ce sont sa faiblesse et son intoxication qui l'ont conduit là. Cette manière de faire nous paraît peut-être un peu trop sévère pour les conditions où s'est présenté le délit lui-même ; à son aspect spécial, nous sommes portés à poser la sanction particulière adaptée, décrite plus haut.

Quant à l'amende, elle conserve toute la valeur qu'elle présente pour l'auteur d'un délit civil et il ne saurait être question de ne pas admettre son exécution lorsqu'elle aurait été formulée au jugement.

L'ASILE DES BUVEURS

L'idée de thérapeutique spéciale de l'alcoolique conduit naturellement à l'idée d'un lieu de traitement différent de l'hôpital et de l'asile. Cette question a pris naissance au Congrès de Médecine mentale de 1899 ; un vœu fut alors émis en faveur de l'organisation d'une institution à la suite d'un rapport déposé par MM. MOTET et VETAULT, argumenté par le Docteur LEGRAIN.

En 1894, sur la proposition de M. DESCHAMPS, le conseil général de la Seine avait décidé la création d'un asile dont 500 places seraient destinées aux buveurs : cet asile n'a jamais été construit. Le professeur JOFFROY reprit cette campagne, demandant, pour les buveurs, une maison d'abstinence et de travail. Citons encore le travail de Haralt MARTHA, sur les asiles de buveurs en Suisse. CROLL, dans une thèse en 1903, rappelle les idées de son maître JOFFROY ; il demande une maison ouverte près d'une ville, de préférence, pour que les malades s'habituent à éviter les rechutes (seulement une cinquantaine de malades, sous la direction d'un ménage qualifié pour cette tâche, — le travail sera obligatoire). Ces me-

sures de liberté semblent peu favorables aux bons résultats ; il est suffisamment avéré que l'alcoolique est, le plus souvent, un individu paresseux et menteur ; on imagine difficilement chez lui une docilité volontaire suffisante.

J. BARTHE, dans un travail demandé par la Ligue nationale, avant d'ouvrir un centre de désintoxication en France (!) a fait, sur les asiles de buveurs suisses, qui auraient obtenu de bons résultats, des remarques dans ce sens : la discipline doit y être ferme, déclare-t-il, mais les malades doivent rester libres et nulle part, l'établissement ne comporte une clôture quelconque ; la direction doit surveiller les mouvements des pensionnaires sans en avoir l'air et ne les perdre jamais de vue ; de même, le nombre des malades de l'établissement ne doit pas dépasser 50 ; là encore, la direction est civile. Il nous semble pouvoir présenter à ce genre de maisons les mêmes objections qu'à celles préconisées par le Docteur CROLL ; il ne nous semble pas que, pour des raisons que nous exposerons plus loin, l'on puisse attendre de la liberté de ce genre de malades, les meilleurs résultats. Signalons, en Amérique, la maison d'Harford, plus connue sous le nom de Walnut Lodge Hospital, et une cinquantaine d'autres établissements.

En Angleterre, on en compte plus de 40, en Allemagne également.

En France, divers auteurs ont cherché des solutions qui, sans créer des asiles de buveurs, peuvent mettre en sûreté l'éthylique criminel. En 1911, le

Dr WALLON, et plus tard, en 1920, MIRC, soutinrent la nécessité de mettre dans l'asile de sûreté, même le sujet ayant bénéficié d'un non-lieu ou d'un acquittement, la durée de l'internement étant fixée par l'autorité judiciaire sur avis médical compétent.

Ces mesures sont intéressantes, mais elles ne frappent que l'aliéné criminel et ne luttent pas contre l'aliéné chronique qui est surtout le délinquant en puissance, celui dont il faut prévenir le crime : les buveurs sans crime ou délits l'éviteraient, l'effet serait contraire au but poursuivi ; il nous semble utile d'intervenir avant les actes délictueux ou criminels. Ces différents points de vue ont été soutenus dans la thèse de J. SENNE (Toulouse, 1921).

Nous partageons, en bon nombre de points les idées de cet auteur ; nous envisageons l'asile de buveurs, comme un établissement vaste, très spécialisé, pourvu de nombreux malades. La discipline y sera obligatoirement sévère avec privation de libertés. Y seront conduits tous les alcooliques chroniques ou récidivistes, sans nécessité de délit ou d'aliénation, les troubles du caractère, les menaces, restant suffisants et soumis à l'appréciation du tribunal sur note d'un médecin, comme le propose le système Bratt. Il est évident que les alcooliques aliénés y seront plus particulièrement gardés, et pendant leur maladie, et dans la suite, soit pour régler une peine pour un délit commis, soit pour obtenir une désintoxication totale. Dans tous les cas, il ne serait pas exigé la perte de raison pour main-

tenir l'alcoolique en détention comme l'exige la loi de 1838.

Le régime de ces établissements serait un régime d'abstinence totale ; il nous paraît absolument hors de cause de fournir, le dimanche et les jours de fêtes aux malades, telle, une friandise, du vin ou du cidre aux repas, comme le font les Asiles suisses spécialisés, selon le docteur BARTHE. Le travail y serait obligatoire, peut-être pour diminuer les charges de ces établissements, mais surtout pour combattre les habitudes de paresse si souvent à l'origine de la chute (Dr MING). De même que la privation de liberté exigée, l'effort constitue pour l'alcoolique une sanction. Le travail devrait être donné en tenant compte des capacités et de la profession antérieure du malade, ce qui exige que l'établissement prenne l'aspect de la villa mérovingienne : établissement fermé se suffisant à lui-même, presque totalement, car, sans nul doute, il se trouvera des buveurs dans toutes les catégories sociales.

La cure morale peut présenter un réel intérêt. Les malades désintoxiqués et sortants devront être suivis par une organisation spécialisée du type patronage par exemple ; celle-ci devrait avoir une autorité suffisante pour réincarcérer, au besoin, l'éthylique sur simple demande, s'il y a récive. Ces organisations devraient pouvoir, en outre, être pourvues de moyens leur permettant de porter une aide suffisante et de veiller au double point de vue moral et économique, à la famille de l'intoxiqué qui est privée, momentanément ou définitivement, de son chef.

CONCLUSIONS

1° L'alcool est une cause importante de pathologie, plus particulièrement de troubles mentaux. On a affirmé qu'il n'a aucune valeur alimentaire et n'est qu'un faiseur d'illusion : il est donc essentiellement nuisible.

2° L'intoxication alcoolique est surtout fonction de la capacité d'achat des individus et varie avec elle dans la mesure des dépenses somptuaires de ceux-ci.

3° Le chômage, le surmenage ne semblent jouer qu'un rôle de moindre importance sur l'accroissement du nombre des intoxiqués.

4° Il ne peut être question de diminuer le pouvoir d'achat et les facilités de vie qu'il comporte. Les mesures à prendre pour lutter contre l'alcool se trouvent donc limitées de ce fait.

A) *Préventivement*, s'efforcer de déplacer la dépense somptuaire vers des loisirs plus sains, de diminuer la tentation (fermeture des cafés), mais aussi de

frapper le mal où il est : accroître les prix des alcools par l'imposition.

B) *Curativement*, frapper avec une particulière sévérité le buveur, dont il faudrait accroître, au besoin, la responsabilité délictuelle et diminuer la liberté.

5^o Pour réaliser pleinement ces mesures curatives et préventives (intimidation) une seule solution, les asiles de buveurs soumis à d'autres règles que la loi de 1838.

VU :

Le Président de la Thèse,

HENRI CLAUDE.

VU :

Le Doyen,

TIFFENEAU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BARGUES. — *Contribution à l'étude biologique des délires alcooliques* (XLI^e Congrès des aliénés et neurologistes de France, Nancy, 1937).
- BARTHE. — *Les asiles de buveurs* (ligue anti-alcoolique).
- BERTHELOT. — *Sur les maisons de santé pour les buveurs habituels*, Paris, 1882.
- BERTILLON Georges. — *L'eau de vie, poison d'Etat* (IV^e Congrès des médecins praticiens français, 1914).
- BERTILLON Jacques. — *Guerre à l'alcool par l'impôt*, étude statistique, Paris, 1912.
- BONNET Charles. — *L'alcoolisation dans les différentes professions de la région parisienne* (Thèse, Paris, 1913).
- CLAUDE. — *Traité de Médecine légale*.
- CHAVIGNY. — *Défense contre l'alcoolisme* (Société de médecine de Strasbourg et du Bas-Rhin, juin 1937).
- DE CLÉREMBAULT. — *L'alcoolisme après la guerre* (*Annales médico-physiologiques*).
- DELOBEL. — *Le péril alcoolique*, Paris, 1916.
- DELOSSE LÉON. — *Les psychoses alcooliques dans le nord*. Thèse Lille, 1923.
- DODGE et F. G. BENEDICH. — *Psychological effects of alcohol and experimental investigation* (*Carnegie Institut*, 1923).
- DONTCHEFF. — *Le sort de l'alcool dans l'organisme* (*La Nature*, décembre 1937).
- GABRIELSON J. — *Consommation des boissons alcooliques dans les différents pays*, (Paris, 1915).
- GIRARD. — *Economie sociale* (Cours des sciences politiques, 1937).

- GRASSET. — *Alcoolisme insidieux et inconscient.*
- GRANDEAU. — *Economie sociale*, théorie des crises (Paris, 1937).
- GUYOT. — *La question de l'alcool.* Obligations et réalités par Yves Guyot, (Paris, 1918).
- HEUYER. — Alcoolisme subaigu à pouls normal ou ralenti. Co-existence du syndrome d'automatisme mental (*Annales médico-psychologiques*, novembre 1933).
- JACQUET. — Étude économique générale de l'alcool, préface de G. Clémenceau (*Sociologie*, 1912).
- LADAME Ch. — Trente années d'alcoolisme à l'asile clinique psychiatrique de Bel-Air à Genève. (*Progrès médical*, juin 1933).
- LAIGNEL-LAVASTINE, BARBÉ et DELMAS. — *La pratique psychiatrique*, (Paris 1921).
- LAVEAU Maurice. — *Méfais sociaux de l'alcoolisme* (Thèse, Bordeaux, 1912).
- LASÈQUE. — De l'alcoolisme subaigu (*Archives générales de médecine*, 1868-69).
- LEGRAIN. — *Un fléau social de l'alcoolisme*, Paris.
- Ligue nationale contre l'alcoolisme. — Appel au Président de la République. Guerre au plus injuste des privilèges. Supprimer les bouilleurs de cru. (Paris, 1915).
- MAGNAN. — *De l'alcoolisme*, (Paris. 1874).
- MAGNAN et FILASSIER. — *Alcoolisme et dégénérescence.* (Paris, 1912).
- MASSIF. — *Considérations sur l'hérédité alcoolique.* (Thèse Toulouse, 1909).
- MAURIVERT. — *L'alcool contre la France.* Préface de Louis BARTHOU. (Paris, 1914).
- MAYET Lucien. — Études sur les statistiques de l'alcoolisme (extrait des *Archives générales de médecine*, décembre 1901).
- MIRA. — La lutte anti-alcoolique. Il faut interner les ivrognes et les buveurs (*Concours médical*, 14 novembre 1920).
- MOISSY G. — *L'alcoolisme chez la femme en Basse Normandie* (Thèse Paris, 1920).
- MORIN. — *Alcooliques.* Étude médico-sociale. (Paris 1936).
- NAS. — *Etude de la pseudo-paralysie générale alcoolique.* (Thèse, Montpellier, 1924).
- NOGARO B. — *Les prix agricoles mondiaux et la crise.* (Paris, 1936).

- NOGARO B. — *La crise économique dans le monde et en France.* (Paris 1936).
- REBOND. — *Précis d'économie politique.* (Paris 1937).
- REGIS. — *Traité de psychiatrie.*
- RIST. — *L'activité économique.* (Bulletin trimestriel, janvier 1938).
- ROGUES DE FURSAC. — Quelques aspects de la question alcoolique. (*Revue bleue*, août 1913).
- ROGUES DE FURSAC. — *Manuel de psychiatrie.*
- ROGUES DE FURSAC. — La lutte anti-alcoolique dans les pays scandinaves (*Musée social*, Paris, 1936).
- SEDILLOT René. — *Le drame des monnaies.*
- SENNE Jean. — *Contribution à l'étude de la lutte contre l'alcoolisme. La question des asiles spéciaux pour le traitement médical de relèvement des buveurs.* (Thèse, Toulouse, 1920).
- SERIEUX Paul et Félix MATHIEUX. — *L'alcool.* (Paris, 1936).
- TREVoux. — *L'alcoolisme du jeune soldat, l'acte délictueux et son expertise médico-légale* (Thèse Lyon, 1912).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
Notre but	12
Statistiques	15
Facteurs économiques et sociaux	21
Le chômage	24
La production industrielle	28
Les taux des salaires et le coût de la vie	31
Discussion	44
Méthodes générales de lutte contre l'alcoolisme	48
Lutte contre l'alcoolisme en France	56
Les mesures à prendre.....	65
La responsabilité de l'alcoolique	70
L'asile des buveurs !.....	75

Saint-Amand (Cher), France. — Imp. R. BUSSIÈRE. — 15-6-1938.
